João Hipólito

Auto-organização e Complexidade:

Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano

Organização de **Odete Nunes**

João Hipólito

Auto-organização e Complexidade:

Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano

Organização de **Odete Nunes**

Índice

Agradecimentos

Este livro foi amadurecendo ao longo dos anos a partir das minhas reflexões pessoais, de conferências, de comunicações e artigos escritos, muitas vezes, na sequência de seminários realizados ou da sua supervisão, por mim orientada. Foi, também, a integração das aprendizagens decorridas, da minha formação como psicoterapeuta no campo da Terapia Centrada no Cliente/Abordagem Centrada na Pessoa, do contacto com Carlos Caldeira no início do meu percurso, da maturidade profissional alcançada no convívio com Carl Rogers, John Shlien, Barbara Broadley, Nat Raskins, Fred Zimring, Natalia Rogers, e outros mestres e colegas, que possibilitaram ser o que sou hoje.

Não posso, no entanto, deixar de mencionar aqueles que durante a minha passagem pela formação na corrente psicanalítica, posteriormente abandonada para reencontrar a minha congruência interna, me ensinaram *ferramentas* que após de repensadas e recontextualizadas no quadro da Terapia Centrada no Cliente se tornaram instrumentos, não só importantes, mas indispensáveis no decorrer da prática profissional. Saliento, em primeiro lugar, Madalena Rambert e, seguidamente, nomeio René Henny, René Diatkine, Michel Sapir, Edmond e Micheline Gilléron, Hubert Auque, Paul Lemoine e Luc Kauffmann, entre outros.

Também colegas mais novos estimularam o aprofundamento constante do meu pensamento ao longo de todos estes anos, através das suas reflexões e questionamentos. É com prazer e reconhecimento que menciono os nomes de Odete Nunes, Fernanda Santos, Marco Paulino, Francisco Moniz Pereira, Guimarães Lopes, Anne Marie Marin-Blanc, R. Laroche, Michel Voirol e, mais recentemente, Rute Brites, Mónica Pires, Tito Laneiro, Paula Pires, Ana Ribeiro, Brissos Lino, assim como, os colegas dos seminários de Psicopatologia que

realizei em Paris. Agradeço, particularmente, a Lucília Tibério o cuidado que depositou na revisão minuciosa do texto.

Mas, não há dúvida, que este livro nunca teria sido publicado sem a insistência da minha mulher e colaboradora Prof[a]. Doutora Odete Nunes que se propôs a realizar a morosa tarefa de recolha, de organização, de coordenação e de correcção dos múltiplos documentos que estão na base deste livro. Sem o seu empenhamento incansável somente restariam documentos esparsos, vivências partilhadas e a memória dos que comigo participaram nesta viajem ao longo dos anos.

Quero, também, agradecer à Prof.[a] Doutora Isabel Leal a sua gentileza em escrever o prefácio deste livro. Tem sido ao longo dos anos, uma amiga e uma colega que, para além das diferenças que nos distinguem relativamente aos modelos teóricos que aderimos, sempre valorizou mais o que tínhamos em comum – a amizade e o respeito que nos liga.

Lisboa, 17 de Julho de 2009.

João Hipólito

Prefácio

Para lá de todas as origens, que possibilitam construir uma história dos conceitos e ajudar-nos a perceber que as grandes emergências, por mais originais, criativas e inovadoras que sejam, têm dívidas ao passado, a Psicologia que sempre fez parte do quotidiano humano e tem nos Clássicos referências incontornáveis, teve no entanto de esperar até ao século XX para sair da bruma e se afirmar como ciência e como profissão.

Um dos mais importantes nomes dessa revolução no mundo do conhecimento e das ciências ditas humanas foi Carl Rogers. Considerado por alguns como o mais importante psicoterapeuta do século XX, por outros como o mais marcante psicólogo, estou tentada a dizer que foi necessário esperar por ele, para que, a enunciação de Lightner Witmer de 1896 sobre o que deveria ser a psicologia clínica, ganhasse corpo.

De facto, até aí, a psicologia clínica, que se pretendia afirmar em oposição à prática de laboratório, numa função essencialmente prática e socialmente empenhada, era apenas um projecto em devir, já que, a prática quase exclusiva dos psicólogos neste domínio se restringia a medição de funções e ao diagnóstico. A psicoterapia, essa, era pertença da psicanálise, um modelo europeu, fechado e incrustado quase exclusivamente nos meios psiquiátricos.

Deve-se a Rogers, aquilo que hoje parece ser consensual na prática da psicologia clínica em todo o mundo: o facto de a intencionalidade psicoterapêutica estar presente na intervenção psicológica, e de não só se usarem técnicas que funcionam mas, se saber quando e como as usar, em função dos contextos e das pessoas concretas envolvidas na interacção e sempre à luz de uma filiação filosófica que permite exprimir, à partida, a própria mundovisão.

As propostas de Rogers que foram pensadas em função de um extenso leque de situações: psicoterapêuticas, formativas, pedagógicas, centradas em indivíduos mas também em grupos, continuam a ser hoje de uma modernidade surpreendente.

De facto, diferentemente de outras perspectivas que foram pensadas de forma muito especifica para responder a situações muito particulares ou que foram sendo elaboradas ao longo de décadas por sucessivas gerações de psicólogos ou psicoterapeutas, o método de Carl Rogers é, em si mesmo, um estrutura organizada, acessível e flexível de aceder ao Outro e ao mundo em quaisquer circunstâncias.

A sua perspectiva não-directiva, a que foi chegando ao longo de diferentes experiências pessoais e profissionais, teve na época, como ainda tem hoje, um sentido verdadeiramente revolucionário já que descola dos modelos e dos poderes instituídos a capacidade transformadora. Ainda que de forma não deliberada, ao perspectivar o Homem como uma totalidade que interage como um todo, com o ambiente, com as suas tendências actualizantes e auto-reguladoras, devolve-lhe o poder de dirigir-se a si próprio e reorganizar a sua concepção do Ego. Nesse sentido, foi um percursor da actual ideia de responsabilidade individual, ao invés de se inscrever na clássica perspectiva, típica do seu tempo, do indivíduo destituído de recursos, sobre o qual se exercem forças e poderes exteriores a si que, por se apresentarem sob a capa da cientificidade, podem ser mais objectivos correctos ou eficazes.

Da sua não-directividade, traduzida na recusa em guiar ou imprimir uma direcção qualquer nas suas intervenções, decorre necessariamente as concepções de psicoterapia centrada na pessoa, uma vez que toda a atitude do terapeuta se dirige para o testemunho de confiança na capacidade de auto-direcção do seu cliente, na linha, aliás, das formulações humanistas em que filosoficamente se filia, e que genericamente consideram que o indivíduo tem a capacidade de experimentar conscientemente os factores da sua inadaptação psicológica.

A sua extensa, fulgurante e encantatória obra, marca uma geração e cria nas ciências humanas um movimento que se vai propagando e ganha adeptos em todo o mundo, apesar da própria atitude de Rogers que, numa parte substancial da sua vida se mostra avesso a institucionalizar a sua própria “Escola”.

Ainda assim, nos anos sessenta o seu pensamento e a sua obra chegam a Portugal.

O livro que agora o Professor João Hipólito nos apresenta começa exactamente por nos dar a conhecer as figuras e as circunstâncias que introduziram os trabalhos de Carl Rogers entre nós, numa época em que o país era ainda um lugar fechado ao mundo e em que as ideias, os livros e as dinâmicas de pequenos grupos, altamente motivados, foram uma fonte preciosa de estimulo intelectual e de despertar afectivo e social.

Escusou-se a falar de si mesmo, na sua participação nesse verdadeiro movimento formativo que, para alguns de nós foi apenas uma breve fase de passagem mas, para ele, acabou por ser o momento inaugural de um já extenso percurso profissional de enorme intimidade com o pensamento de Carl Rogers.

O livro que agora põe à nossa disposição, começa pois com essa evocação histórica e continua depois, capitulo a capítulo, desenvolvendo as ideias orientadoras desta perspectiva. Primeiro de uma forma geral e, em seguida, de forma cada vez mais especifica nos desdobramentos e nas aplicações concretas que o modelo de Rogers e a experiência, o engenho e arte do próprio Professor João Hipólito, desenvolveram ao longo dos anos. Por um lado, as referidas a contextos específicos como sejam as famílias, os grupos e as comunidades terapêuticas e, por outro, a técnicas de diferentes origens que se mostraram úteis no trabalho terapêutico e compatíveis com a abordagem centrada como sejam as técnicas psicodramáticas ou as abordagens corporais pelo relaxamento.

Esperado há muito, é um livro que acrescenta ao que é acessível pelos escritos directos de Rogers, a experiência única e singular de um homem que enquanto professor, psicoterapeuta, formador e supervisor tem feito sua a enorme e difícil tarefa de manter vivo e actuante o pensamento emérito de Carl Rogers.

Belas, 13 de Setembro de 2009.

Isabel Pereira Leal

Capítulo I
A Abordagem Centrada na Pessoa em Portugal

Pela primeira vez, em 1967, o pensamento de Carl Rogers começa a ser difundido em Portugal graças ao contacto que alguns psiquiatras portugueses tiveram com trabalhos franceses que se referiam às suas ideias, nomeadamente, *A Orientação Não-Directiva* de Pagés (1976) e um artigo publicado na *Encyclopédie Médicaux-Chirurgicale* (1968). Posteriormente, Caldeira[1] e Lalande[2], ambos assistentes em Psiquiatria na Faculdade de Medicina de Lisboa, tiveram directamente acesso a obras do próprio Carl Rogers.

Nessa época, em Portugal, o meio psiquiátrico estava bastante próximo da filosofia alemã, cujas ideias muito contribuíram para o desenvolvimento do estudo da Antropologia e da Antropologia Médica, em particular. O contacto de Caldeira e Lalande com o pensamento de Rogers impressionou-os tanto ao nível filosófico, relativamente à sua tendência existencialista, como em relação ao seu empenho na psiquiatria social.

Carlos Caldeira escreve, então, vários artigos que possibilitaram a difusão do pensamento de Rogers. Simultaneamente, Lalande, em 1972, traduz e é publicado em português o livro *Grupos de Encontro* da autoria de C. Rogers (1970). É significativo ser esta a obra escolhida para primeira tradução, pois dá indício das preocupações que um círculo de interessados tinha relativamente à psiquiatria comunitária e ao trabalho com grupos.

Em 1968, Caldeira parte para o Brasil com o objectivo de leccionar a disciplina de psicopatologia, na Universidade da Amazónia. Neste país, vê-se confrontado com uma problemática social muito séria, a dos desfavorecidos, ainda mais

---

1 Carlos Caldeira – Doutor em Medicina, Psiquiatra, foi docente na Faculdade de Medicina de Lisboa.

2 Joaquim Lalande – Médico Psiquiatra.

deserdados que os de Portugal. No Verão de 1969, por motivos pessoais, Caldeira volta a Lisboa e toma a seu cargo a direcção de um serviço universitário de psiquiatria hospitalar. Foi nesta altura que começou a nossa colaboração pois o trabalho desenvolvido como interno voluntário, nesse hospital, permitiu-nos estabelecer relações.

As condições de trabalho eram miseráveis. O Hospital Júlio Matos de Lisboa tinha sido construído com um espírito aberto e, no princípio do século XX, era uma instituição de prestígio. No entanto, em 1969, estava quase em ruínas, não obstante ser considerado o grande hospital do sector. Este sector estava subdividido, tendo a nossa equipa a responsabilidade de uma zona muito pobre, meio urbana, meio infra-urbana, com características de "bairro de lata".

Ao nível do efectivo dos membros da equipa, acontecia que o absentismo e a necessidade de um segundo emprego para poderem sobreviver, aumentavam em muito a carga do pessoal de enfermagem e, paralelamente, reduzia a presença efectiva do pessoal de cuidados no espaço terapêutico.

Perante esta situação, o Prof. Caldeira sentia-se embaraçado, pois, apesar de não ter meios para trabalhar, existia nele uma profunda preocupação pelo Outro e pelo seu desenvolvimento pessoal. Estava verdadeiramente empenhado na utilização dos princípios da Abordagem Centrada na Pessoa no âmbito da terapia individual, da terapia de grupo e da formação pedagógica.

Nos finais de 1969, em resultado do seu dinamismo, formou-se uma comunidade terapêutica no hospital. Apesar de ser, claramente, inspirada nas ideias preconizadas pela Abordagem Centrada na Pessoa, na altura designada ainda por Abordagem Não-Directiva, Caldeira imprimiu uma intervenção original no trabalho desenvolvido nesta comunidade. Logo na primeira sessão todas as pessoas do serviço foram convidadas a estar presentes, desde o pessoal auxiliar ao professor catedrático, passando pelos doentes. A comunidade foi criada com consciência plena de que as pessoas presentes, as únicas interessadas, se interrogavam sobre o que iriam fazer. Consensualmente, desejavam uma mudança fundamental no seu funcionamento e na sua maneira de estar, mas não podiam contar com nenhuma ajuda, nomeadamente meios suplementares ou apoio exterior.

Algum tempo depois de a comunidade terapêutica estar em funcionamento no hospital, começaram a verificar-[illegible]

[illegible]

consulta, comissão de moradores, clubes, administração local), o que lhes permitiu estabelecer o elo entre a comunidade de saúde mental que queriam ajudar a construir e as organizações e os grupos já existentes na comunidade geográfica. É de salientar que a intenção não era a de *psiquiatrizar*, mas sim evitar a marginalização da "comunidade dos loucos", promovendo a participação da comunidade geográfica no processo de prevenção primária em saúde mental. A equipa foi desenvolvendo dois olhares diferentes assentando, o primeiro na forma como tentava compreender a pessoa doente "vendo-a" através da sua subjectividade, isto é, a pessoa preocupada com ela própria integrada no universo em que vive, seja o universo pessoal, familiar, profissional ou político. No processo de intervenção preconizado pela Abordagem Centrada no Cliente, estes universos revelam-se ao terapeuta através da escuta empática.

O segundo olhar não reside já no "interior" e "subjectivo", mas no "exterior", sendo possibilitado pelo saber vindo das Ciências Humanas. Esta equipa era formada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, economistas, políticos, urbanistas, professores, os quais tinham os seus saberes específicos. Em muitas situações, o trabalho com a população destrói o mito do profissional, no entanto, consideramos que é uma incoerência dizer às pessoas que pedem ajuda que "não sabemos nada", pois efectivamente não é verdade. Para além do empenhamento pessoal numa intervenção centrada na pessoa e/ou no grupo, há conhecimentos específicos, nomeadamente em História, em Sociologia, em Economia, em Psicologia e em Psiquiatria.

A visão subjectiva dos doentes e a visão de uma certa objectividade dos profissionais que constituíam a equipa podem ser consideradas como as duas faces duma moeda, dois pontos de vista impossíveis de coincidir completamente, mas que se completam para a construção de um sistema que não se pretende que reproduza a pessoa real mas que se lhe aproxime o mais possível a cada passo. Podemos dizer que estes dois aspectos são entendidos como pares quânticos, complementares, mas irredutíveis, obedecendo ao princípio da incerteza de Heisenberg, dentro do espírito da "interpretação de Copenhaga": postulado da incerteza, da complementaridade e da perturbação do sistema pelo acto da observação. A arte desta forma de intervenção reside na compreensão dessa diferença irredutível que apesar de tentar reduzi-la sabe que ela é irredutível.

Em Portugal, nos finais dos anos sessenta, aquando da criação desta primeira comunidade, Rogers parecia-nos ainda distante de uma preocupação de

carácter social. A nosso ver, se ele se interessava pelos grupos de encontro e pela pedagogia, não demonstrava ter descoberto Paulo Freire (1974). Começava a interessar-se pelo existencialismo europeu, mas, tanto quanto sabemos, não tinha ainda abordado nas suas publicações a problemática social.

Na altura, os portugueses encontravam-se inseridos num contexto social muito complexo e sentiam a necessidade de elaborar o pensamento de Rogers através de uma conceptualização que levasse em conta as suas necessidades e as suas preocupações sociais.

Caldeira (1979), ao criar, conceptualizar e analisar o modelo teórico designado de sistema sócio-antropológico, responde a uma necessidade incontornável do nosso contexto sóciocultural, introduzindo uma nova perspectiva teórica que muito enriqueceu e marcou o desenvolvimento da Abordagem Centrada na Pessoa, em Portugal. No capítulo X, tomando como exemplo uma aplicação concreta deste modelo no campo da toxicodependência, desenvolveremos os conceitos que o caracterizam e as implicações que estão subjacentes.

Na perspectiva de Caldeira (1979), se por um lado parece não existir ciência senão no abstracto e no geral, por outro lado, o homem não existe senão no singular e no concreto, inscrito na história, inserido numa teia relacional complexa de qualidades múltiplas e irredutíveis, sistema aberto em evolução constante, em interacção permanente com outros sistemas, fazendo-se ao fazer, encarnando-se no aqui e agora do encontro.

Assim, não nos parece possível ter "conhecimento" do humano senão do humano concreto, do existente inscrito na vida, com um passado, vivendo o presente e fazendo face ao futuro que ele constrói por si próprio apesar dos múltiplos constrangimentos, frequentemente na angústia e na dor que ele tem de assumir.

O humano nasce como "potencialidade-de-ser", que se actualiza na encarnação. Corpo biológico, na trajectória do tempo, diacronia materializada, esse corpo, realidade objectiva que se pode tocar, é o resultado de um longo processo não só biológico mas também, entre outros, psicológico, cultural e social. Corpo de sistemas em interacção, é sistema em si e subsistema. Mas o humano é mais que corpo, é Pessoa, pessoa na sua totalização e na sua capacidade *totalizante* que dá sentido ao universo, que denomina o mundo, sistema sócio-antropológico na encruzilhada do diacrónico e do sincrónico, do singular e do colectivo, em si mesmo universo de significação, de compreensão e de sentido.

No processo de análise do sistema sócio-antropológico, mais especificamente ao estudar um sistema ou uma dimensão de análise, procura-se pôr em evidência a percepção que a pessoa tem dela mesma e do seu mundo, confrontando-a com a percepção que o mundo exterior tem dela, tentando analisar e reduzir a discrepância entre estes dois modos de olhar: o "em si" e o "para si" do sistema sócio-antropológico; dois olhares complementares mas irredutíveis entre si como o verso e o reverso de uma mesma medalha.

A análise dialógica realizada segundo os princípios da Abordagem Centrada na Pessoa facilita a actualização das potencialidades e das capacidades evolutivas e maturativas do sistema sócio-antropológico que, para Szent-Gyorgyi (1977), é a manifestação da "sintropia", para Whyte (1974) é a "tendência mórfica", e, para Rogers (1983), é a "tendência formativa" inerente a cada elemento do universo, opondo-se à entropia ou, na linguagem de Freud (1978) da segunda tópica, Eros opondo-se a Tanatos.

Pela intervenção centrada na pessoa, a censura "consciente" ou "inconsciente" é ultrapassada, na medida em que as defesas e o ritmo próprio são respeitados, possibilitando que a pessoa se sinta em segurança e integre experiências e sentimentos até então censurados.

Assim, na escuta do Outro e do seu discurso, sem preconceitos nem juízos de valor, evita-se a sua reificação ou redução a um modelo esculpido ou modelado à imagem do ideal construído.

Ele, o Outro, *É*, e ele *Será* por Si e em Si, e se modelo deveria haver, outro não poderia ser que o de *Ser*, ser na sua totalidade, na liberdade reconquistada de *Ser*, a partir de si-mesmo, referindo-se a um universo de valores e de critérios que um a um ele mesmo definiu como sendo os que lhe são mais adequados, isto é, um conjunto de valores que lhe são próprios e singulares.

A Abordagem Centrada na Pessoa permite perceber o sentido do discurso do cliente, tendo o cuidado de não o adulterar pela introdução das nossas (dos técnicos) próprias significações. Se o interventor é facilitador da mudança, o Outro, quer seja um sujeito/cliente ou um grupo, doente ou aluno, continua a ser sempre o centro da escolha e das decisões ou avaliações.

A prática dialógica centrada na relação permite lobrigar a percepção e implicação de uma pessoa ou de um grupo em relação a um sistema ou objecto, vendo-a do interior do seu universo próprio, enquanto que os métodos das ciências humanas permitem colher informações sobre o "objecto real". Se este

duplo olhar é indispensável para a compreensão e análise do sistema sócio-antropológico, parece-nos ainda importante que no *humano* não se perda de vista a prioridade do subjectivo sobre o objectivo.

Podemos dizer que ninguém conhece melhor o universo de A do que A ele-mesmo, e, se a experiência e as ciências humanas nos permitem prever o comportamento de A numa situação B, é imprescindível manter sempre em aberto a capacidade de "espanto" e de imprevisto, deixando sempre lugar para o "milagre", para a "excepção à "regra" conhecida, excepção que, provavelmente, é a "regra em si".

Assim, glosando o Evangelho que diz "Se o teu olho direito te faz tropeçar, arranca-o e lança-o de ti" (Mateus, 5:29), poderemos inferir que, se a nossa compreensão do universo do Outro é entravada pela nossa experiência e conhecimentos teóricos, torna-se impossível movermo-nos dento dele delicadamente, sem julgamento nem críticas, sem tentar modelá-lo ou desviar o sentido do seu devir; então, mais vale despojarmo-nos do nosso conhecimento que se tornou pseudoconhecimento, instrumento de manipulação e de escravidão, e não *Sofia,* nem motor de libertação.

Na dimensão do pessoal, do interpessoal ou do grupal, a Abordagem Centrada na Pessoa intervém como abordagem terapêutica, diversificando-se em técnicas específicas, tais como as psicoterapias individuais, as de grupo (ex. grupos terapêuticos, grupos de família), as psicoterapias de tempo limitado[3], privilegiando ou discurso verbal ou o discurso analógico, tal como o relaxamento ou o psicodrama.

Na dimensão dos grupos, das organizações e das instituições, a Abordagem Centrada na Pessoa propõe a construção de comunidades, centradas na liberdade e na libertação, e a criação de novos tipos de relacionamento respeitando a diferença e a diversidade. Nomeadamente, comunidades terapêuticas, comunidades de interesses e comunidades pedagógicas em que a aprendizagem é mútua e baseada no diálogo, sendo o processo de educação libertador e não um instrumento de opressão. O "conhecimento" é o resultado de uma vivência e não "experiência-descrita-transmitida". A educação e a aprendizagem tornam-se, assim, uma prática de liberdade e não um "depósito bancário", não se interessando pelo homem abstracto, mas pela pessoa concreta, a pessoa em

---

[3] Designadas comummente como psicoterapias breves.

relação com o mundo. Aprendizagem em liberdade e aprendizagem da liberdade que se recusa a projectar a ignorância sobre o Outro, ao considerá-lo como um objecto; aprendizagem que recusa a manipulação, a conquista, a divisão, a invasão cultural, e que baseia o seu esforço na cooperação, na união, na organização redefinida e consentida por consenso numa síntese cultural; aprendizagem na qual o/os interventor/es não se considera/m como elite iluminada cultivando ignorantes, ensinando a libertação aos oprimidos ou propondo novos modelos de "comunidades-já-construídas", mas libertando-se ao mesmo tempo que a comunidade, aprendendo com ela uma nova maneira de estar-no-mundo, um novo "jeito de ser", tornando-se, assim, membro de corpo inteiro de uma comunidade de pessoas livres.

A Abordagem Centrada na Pessoa propõe às organizações ou às instituições em crise uma nova maneira de estar, um novo tipo de relacionamento, a descobrir e a inventar para cada grupo, para cada instituição, baseado no respeito mútuo, num respeito pelas diferenças e pelas diversidades, no amor, no cuidado incondicional positivo, isto é, uma alternativa à opressão, às relações não-equitativas, ao ódio e à destruição. A partir de um aparente caos, criar estruturas pelo amor, como alternativa à criação de um caos pela imposição de estruturas gratificantes e mortíferas, cujo resultado final é o ódio.

Rogers foi, muitas vezes, acusado de ingenuidade e de optimismo sem reservas, mas possuidor de muitas ilusões. A Abordagem Centrada na Pessoa, inserindo-se numa certa filosofia existencial da vida, num "jeito de ser", numa abordagem centrada na relação, na pessoa, no grupo, na comunidade, expõe-se à mesma crítica.

Mas, sem raízes não é possível a utopia e, no Humano, as raízes são o Amor, o comprometimento individual, a libertação de cada pessoa, sem a qual não existe comunidade possível, sem a qual não existe Humanidade. Ora, o medo produz tormento. No amor não existe medo, pelo contrário, o perfeito amor lança fora o medo.

Capítulo II
A Importância de Carl Ransom Rogers na Psicologia

Kirschenbaum e Henderson (1990) publicaram um livro que continha uma selecção de textos de Carl Rogers ao qual chamaram *The Carl Rogers Reader*. Na introdução desta compilação de textos lê-se: "Carl Ransom Rogers (1902-1987) foi o mais influente psicólogo na história americana"(p. xi). Esta frase tem corrido mundo nos meios rogerianos como uma verdade absoluta pois está escrita num livro científico de reconhecido valor! Contudo, como o próprio Kirschenbaum refere num dos artigos incluídos nessa publicação, esta afirmação contém uma gralha, visto que o texto exacto dizia: "o mais influente psicoterapeuta da história americana" (Smith, 1982, citado por Wood, 1994, p.1).

Kirschenbaum baseava-se num trabalho publicado por Smith (1982), no *American Psychologist*. Este autor realizou um inquérito cuja amostra era composta por 800 sujeitos psicólogos, membros das secções de psicologia clínica e de aconselhamento da Associação Americana de Psicologia. Nesta investigação, se a terapia ecléctica apresentava o maior grau de difusão, Carl Rogers aparecia no topo da lista das figuras que mais impacto tinham tido na terapia e no aconselhamento. Num outro trabalho, publicado no *Canadian Journal of Counselling* por Warner (1991), era apresentado um estudo desenvolvido a partir de uma amostra de 80 terapeutas de serviços universitários de aconselhamento no Canadá, verificando-se que a Abordagem Centrada na Pessoa aparecia em segunda posição a seguir à terapia ecléctica e antes da terapia cognitiva-comportamental. Novamente, Carl Rogers é referido como o mais influente dos terapeutas.

Também Kaplan e Sadock (1995) o mencionam como tendo sido, provavelmente, o mais influente teórico no campo das teorias humanísticas da personalidade.

Mesmo que Rogers não tenha sido o mais importante psicólogo do seu tempo, como pensa Wood (1994), nem o mais influente psicólogo, mas só o mais influente psicoterapeuta da história americana, não há dúvida de que a sua pessoa e a sua obra marcaram de maneira indelével não só a psicologia e a psicoterapia americana, mas também a psicologia e a psicoterapia em geral.

Achamos importante referir que publicou mais de 250 artigos, cerca de 20 livros – sozinho ou em colaboração com outros autores – e foram ainda realizados cerca de 12 filmes sobre o seu trabalho, deixando um elevado número de documentos sonoros e audiovisuais que exemplificam a sua actividade.

A sua obra e as suas ideias nos múltiplos campos do Humano são incontornáveis e parece-nos ser possível afirmar que não há nenhum psicólogo, psicoterapeuta ou pedagogo de qualquer escola ou tendência, que não se tenha já deparado, num momento ou noutro da sua formação, com algum dos textos ou alguma referência ao trabalho desenvolvido pelo autor.

Quer se trate de orientação não-directiva em psicoterapia, de terapia centrada no cliente, de abordagem centrada na pessoa, de pedagogia centrada no aluno, de grupos de encontro, de gestão de recursos humanos ou de gestão de empresas, de mediação de conflitos sociais, políticos ou raciais, a sua acção ao longo deste século foi de um contínuo empenho no caminho da liberdade e da libertação das forças que no Humano são motoras de actualização de potencialidades.

A Trajectória de Carl Rogers[1]

Para compreender a obra e o contributo de Rogers no desenvolvimento do conhecimento do Humano, em geral, e no aprofundamento da psicologia e da psicoterapia, em particular, é importante inseri-lo na sua história, no seu trajecto pessoal. Este trajecto determina-o apesar do seu empenho filosófico no âmbito do Existencialismo e da sua atitude de confiança na capacidade do Humano em se tornar livre e decidir sobre o seu próprio futuro.

Carl Ransom Rogers nasceu a 8 de Janeiro de 1902, em Oak Park, nos arredores de Chicago. Tinha quatro irmãos e uma irmã e era o antepenúltimo da

[1] Texto escrito com base nas obras de Kirschenbaum, H. & Henderson, V. (Eds). (1990); Rogers, C. (1971); Peretti, A. (1997).

fratria. Faleceu em La Jolla, na Califórnia, a 4 de Fevereiro de 1987 na sequência de uma fractura do colo do fémur. De acordo com as instruções que deixara, as máquinas que mantinham "artificialmente" a sua vida foram desligadas após três dias de coma.

Os pais, de educação universitária, faziam parte de uma comunidade protestante de forte pendor fundamentalista. A família valorizava uma educação moral e religiosa muito enraizada nos valores tradicionais, sendo muito restritiva, nomeadamente nos aspectos de ordem sexual, e era fechada sobre si mesma embora fosse muito estimulante intelectualmente.

Rogers mostrou-se precocemente interessado pela leitura e pelo "saber". Foi sempre um aluno excepcionalmente brilhante, mantendo uma colaboração constante nas tarefas do quotidiano familiar, o que influenciou a redução ao mínimo da sua rede relacional, isto é, a hipervalorização do trabalho, físico ou intelectual não dava azo a outras actividades de lazer que não fosse a leitura dos clássicos, de preferência de carácter religioso.

Quando este tinha 12 anos, o pai comprou uma grande quinta nos arredores de Chicago para onde a família foi morar com a intenção oficial de fazer uma agricultura "científica". Segundo Rogers, o objectivo real era afastar os filhos dos "perigos da vida da cidade". A vida na quinta e o seu trabalho na agricultura levaram-no, em 1919, a matricular-se em Agronomia na Universidade de Wisconsin. Envolveu-se em várias actividades comunitárias, desenvolvendo as suas capacidades de "facilitador" e organizador. Entrou em contacto com meios evangélicos militantes e decidiu mudar para o curso de História com a intenção de, posteriormente, se dedicar à carreira eclesiástica.

No terceiro ano da faculdade fez uma viagem à China, integrado numa delegação americana, com o objectivo de participar no Congresso da Federação Mundial dos Estudantes Cristãos. A viagem durou seis meses e, no decorrer da mesma, abandonou parte das suas convicções religiosas, abrindo-se à diversificação das ideias e opiniões. Ao chegar de novo aos Estados Unidos, ganhou uma nova independência e autonomia relativamente às opiniões e posições da família, apesar de, em contrapartida, ter ganho uma úlcera gastroduodenal, provavelmente como resultado deste processo de afirmação.

Guardou, contudo, a sua motivação para o exercício de uma carreira pastoral, para o empenhamento social e político, tentando demonstrar a incompatibilidade do cristianismo e da guerra, através de escritos referidos por Kirschenbaum,

(2007) sobre o pacifismo do reformador Wyclif ou sobre a posição de Lutero perante a autoridade.

Em 1924, Rogers terminou a sua licenciatura em História e casou-se com Hellen Elliot, sua amiga de infância, de quem veio a ter dois filhos: David, nascido em 1926, que se formou em medicina, assumindo mais tarde o cargo de director da Faculdade de Medicina da Universidade de Vanderbilt; Nathalie, nascida em 1929, que desenvolveu uma metodologia de intervenção terapêutica através da expressão artística, colaborando também com o pai na organização e desenvolvimento do trabalho de pequenos e grandes grupos, em *workshops,* os quais congregaram, por vezes, várias centenas de pessoas.

Após ter obtido a licenciatura em História, matriculou-se no Seminário da União Teológica, em Nova Iorque, que era identificado com posições teológicas "liberais" e, ao mesmo tempo, bem cotado academicamente. Recusou a ajuda financeira que o pai, Walter Rogers, lhe propôs, a qual tinha por condição aceitar fazer a matricula no Seminário de Princeton, instituição conhecida como sendo muito mais conservadora.

Durante o primeiro ano nesta instituição, Rogers teve a oportunidade de frequentar alguns cursos na Faculdade de Psicologia contactando, assim, com os psicólogos Watson (1971) e Kilpatrick (1951) que muito o impressionaram. Com outros colegas organizou um seminário de reflexão autofacilitado e acabou por tomar consciência da sua não vocação para o ministério pastoral, apesar de, nesse Verão, ter realizado um estágio como pastor substituto na paróquia de Dorset, em Vermont. Deste modo, no segundo ano do curso transferiu-se, para o Teachers College da Universidade de Columbia, tendo como objectivo frequentar o curso de Psicologia Clínica e Psicopedagogia. Nesta instituição foi marcado pela filosofia de Dewey (1939) que, certamente, terá tido um grande impacto na evolução das suas ideias. Entretanto, para sustentar economicamente a família, continuou a colaborar com instituições eclesiásticas, no ensino religioso.

Em 1926, postulou e obteve um lugar de "interno" no Instituto de Aconselhamento Infantil (*guidance*), recém-criado pelo Fundo Comunitário de Nova Iorque. Após ter recebido um contrato de 2500 dólares anuais, foi-lhe sugerida, posteriormente, a redução do salário para metade, visto não ser psiquiatra mas psicólogo. Começou a sua primeira "guerra" com a psiquiatria, apesar de ter acabado por conseguir obter um salário equivalente ao dos psiquiatras. Neste

serviço ter-se-á encontrado com o discípulo de Freud e dissidente da psicanálise, Alfred Adler, que parece não ter tido nele um impacto particular.

Em 1928, doutorou-se no Teachers College. No decorrer do seu trabalho de tese desenvolveu um teste de personalidade para crianças que ainda hoje é utilizado, confirmação que obtivemos na pesquisa bibliográfica para este trabalho. Neste mesmo ano, trabalhou como psicólogo no Centro de Observação e Orientação Infantil da Sociedade para a Prevenção da Crueldade sobre as Crianças, em Rochester. A partir de 1929, dirigiu este Centro e, durante 12 anos, interessou-se pelo trabalho com crianças delinquentes e marginalizadas. Na instituição entrou em contacto com Otto Rank, que o marcou mais pela sua prática terapêutica do que pelas suas teorias. Maior impacto terá tido, sem dúvida, Jessie Taft, que em 1933 publicou o livro *The Dynamics of Therapy in a Controlled Relationship,* o qual Rogers considerou como uma obra prima, ao nível da forma e do conteúdo literário. Progressivamente, Rogers abandonou uma orientação directiva ou interpretativa, optando por uma perspectiva mais pragmática de escuta dos clientes, a qual veio a constituir uma posição precursora do que mais tarde estruturará como orientação não-directiva em terapia.

A partir de 1935, começou a leccionar no Teachers College, mas não viu o seu ensino nem o seu estatuto de psicólogo reconhecidos pelo Departamento de Psicologia da faculdade. Só muito mais tarde, após vários anos de docência nos departamentos de Sociologia e Psicopedagogia, e quando já estava para abandonar Rochester, é que o Departamento de Psicologia o reconheceu como psicólogo e como docente.

Em 1938, entrou de novo em "guerra" com os psiquiatras. O Centro em que trabalhava e dirigia transformou-se e amplificou-se. No entanto, o Conselho de Administração, sob pressão dos médicos psiquiatras, decidiu, como então era tradição, contratar um psiquiatra para director, apesar de estarem satisfeitos com o trabalho até então realizado. Carl Rogers lutou vivamente e conseguiu ser reconhecido como Director do novo Centro de "Guidance" de Rochester.

Em 1939, publicou o seu primeiro livro, *O Tratamento Clínico da Criança-Problema,* no qual expõe o essencial das suas reflexões e pesquisas realizadas até esse momento.

Com a publicação deste livro começou a ser conhecido na qualidade de psicólogo clínico e foi convidado para professor catedrático da Universidade de Estado, em Ohio, sendo da sua responsabilidade a unidade curricular de

"Técnicas de Psicoterapia". Não deixando de referir os modelos mais importantes em psicoterapia e aconselhamento, teve a possibilidade de explicitar a sua abordagem terapêutica numa perspectiva que ele considerava como "as novas" ou "mais recentes terapias" e que definia, em oposição às "antigas", como sendo centradas sobre a expressão, a auto-aceitação, a tomada de consciência e a relação terapêutica, e não sobre a análise do passado, sobre a sugestão ou a interpretação.

Assim, durante a sua passagem pela Universidade de Ohio, introduziu na faculdade o ensino e a prática da psicoterapia e respectiva supervisão, inovando ainda com uma metodologia de investigação sobre os processos terapêuticos, através da gravação integral das entrevistas e de tratamentos completos.

Progressivamente desenvolveu, de uma forma pragmática, uma intervenção cada vez mais não-directiva, utilizando técnicas de "confirmação de percepções" (Rogers, 1999), assente numa atitude de maior aceitação dos sentimentos do cliente por parte do terapeuta.

Rogers só teve consciência da originalidade do seu pensamento quando foi confrontado com as reacções provocadas pela conferência que realizou na Universidade de Minnesota, a 11 de Dezembro de 1940. Ele intitulou-a *Novos Conceitos em Psicoterapia* e nela afirmou que "o alvo da nova terapia não é resolver um problema particular, mas ajudar o indivíduo a crescer, de maneira que ele possa fazer face ao problema actual e aos problemas que mais tarde apareçam de uma maneira mais bem integrada (...) ela baseia-se muito mais na tendência individual para o crescimento, saúde e adaptação...". Em segundo lugar, dizia ainda o autor, "esta nova terapia põe mais ênfase nos elementos emocionais, nos aspectos emocionais da situação, do que nos aspectos intelectuais (...). Em terceiro lugar, esta nova terapia dá maior ênfase à situação imediata do que ao passado do indivíduo. Finalmente, esta abordagem considera a relação terapêutica em si mesmo como uma experiência de crescimento" (1942, pp. 28-30).

Criticado ou apreciado, ele não deixou os auditores indiferentes, e tomou consciência de que a sua posição relativamente à terapia era singular. Rogers referiu: "Pode parecer absurdo que alguém possa nomear o dia em que a terapia centrada no cliente nasceu. Contudo, eu sinto que é possível nomeá-lo como sendo o dia 11 de Dezembro de 1940" (1964, citado por Kirshenbaum, 1995, p. 17). Essa data passou, assim, a ser considerada no movimento rogeriano como sendo a fundadora do movimento, ou talvez fosse mais justo dizer o "mito-fundador" da comunidade.

Carl Rogers preparou, então, uma exposição mais detalhada e sistemática da sua abordagem da terapia, que, em 1942, publicou no livro intitulado *Counseling and Psychotherapy*. Os conceitos de "aconselhamento" e de "psicoterapia" pareciam cada vez mais equivalentes, assim como os de "orientação não-directiva em terapia" e "terapia centrada no cliente". O livro foi uma inovação, pois, pela primeira vez, se publicou integralmente um tratamento a partir da transcrição da sua gravação. Esta obra foi um sucesso e *best-seller*, se bem que tenha passado despercebido aos jornais e às revistas da especialidade em psiquiatria e psicologia.

Se, por um lado, o reconhecimento oficial de Carl Rogers se exprimiu em honras profissionais – foi eleito vice-presidente da Associação Americana de Ortopsiquiatria e presidente da Associação Americana de Psicologia Aplicada – por outro, constatou-se uma ambivalência das instituições, a qual se exprimiu pela falta de apoio e pela marginalização com que, a certa altura, se encontrou confrontado na sua Universidade.

Assim, quando, no Verão de 1944, foi convidado por Ralph Tyler para leccionar psicologia na Universidade de Chicago e lhe foi proposto criar um novo Centro de Aconselhamento, Rogers aceitou, deixando atrás de si um grupo de discípulos, alguns dos quais foram considerados figuras de proa da Abordagem Centrada na Pessoa, tais como Combs (1946), Axline (1947), Raskins (2004) e Gordon (2004), que traçaram novos caminhos na aplicação prática das ideias rogerianas.

A criação deste Centro de Aconselhamento Psicológico levou-o mais uma vez a ter de vivenciar situações de tensão, neste caso, com o Departamento de Psiquiatria da mesma Universidade.

O período de 1945 a 1957 foi, para Rogers, muito rico quer do ponto de vista humano quer do ponto de vista científico, tendo publicado extensa bibliografia, particularmente o livro *Terapia Centrada no Cliente* onde, com a colaboração da sua equipa, fez o ponto da situação das suas pesquisas e reflexões.

Entre 1949 e 1951, atravessou um período de profundo sofrimento, pois, após ter vivido momentos de extrema dificuldade no decorrer de um processo psicoterapêutico de uma paciente esquizofrénica, passou por um período de depressão, e, consequentemente, a sua capacidade de trabalho e de funcionamento sofreram uma grave diminuição. Finalmente, aceitou a ajuda de um dos seus discípulos, Ollie Bown, com quem fez uma psicoterapia pessoal, que lhe possibilitou ultrapassar a dificuldade. Pôde experimentar, nele mesmo, a eficácia

do seu modelo, tendo saído da "prova" mais maduro, iniciando, então, um longo percurso de "crescimento" pessoal que nunca mais abandonou.

Por fim, podemos dizer que o reconhecimento profissional evidenciou-se claramente, expresso pela eleição como presidente da Associação Americana de Psicologia (1946), pela eleição como presidente da recém-criada Academia Americana de Psicoterapeutas (1956) e pela atribuição, em 1956, do Prémio pelo Eminente Contributo Científico (*Distinguished Scientific Contribution Award*), pela Associação Americana de Psicologia. Nesta atribuição era referido:

> (...) Por ter desenvolvido um método original para descrever e analisar o processo terapêutico, por ter formulado uma teoria da psicoterapia e dos seus efeitos na personalidade e no comportamento, susceptível de ser testada, pela extensa e sistemática pesquisa para explicitar o valor do método e explorar e testar as implicações da teoria. A sua imaginação, persistência e adaptação flexível do método científico no ataque dos grandes problemas envolvidos na compreensão e modificação da pessoa moveram esta área de interesse psicológico para dentro das fronteiras da psicologia científica (Kirshenbaum, 1955, pp. 34-35).

O fulcro da sua abordagem consistia na passagem progressiva da importância dada às técnicas para as atitudes, isto é, da técnica da reformulação para as atitudes de compreensão empática, de aceitação do cliente, de congruência do terapeuta, de confiança nas capacidades do cliente – auto-actualização das suas potencialidades e auto-organização – e para uma valorização das potencialidades terapêuticas da relação.

Foi também um período de intensa actividade de investigação, durante o qual mais de 200 pesquisas foram realizadas assim como milhares de sessões de terapia foram gravadas e analisadas. Um dos seus artigos principais foi publicado em 1957 com o título *As Condições Necessárias e Suficientes para Mudança Terapêutica da Personalidade*. Este artigo continua a ser hoje um dos pilares do modelo da Terapia Centrada no Cliente, tendo sido objecto de um corpo importante de pesquisa.

O autor enunciou assim a hipótese, que considerou abrangente e não exclusiva, da sua abordagem pessoal da terapia: se duas pessoas estão em contacto psicológico; se a primeira, o cliente, estiver vulnerável ou ansioso; se o segundo, o terapeuta, estiver congruente, ou seja integrado na relação; se o terapeuta

vivencia uma aceitação incondicional do cliente; se o terapeuta vivencia uma compreensão empática do cliente e do seu quadro interno de referência; se o cliente se apercebe minimamente desta congruência, aceitação e compreensão, então haverá mudança terapêutica positiva no cliente.

O seu nome começou a ser bem conhecido, e Rogers foi convidado por várias universidades para leccionar com o estatuto de professor convidado, nomeadamente, em UCLA, Harvard, Berkley, Brandeis e, em 1957, pelo Departamento das Ciências da Educação da Universidade de Wisconsin, onde, após uma experiência de alguns meses, acabou por se instalar.

Durante os sete anos da sua permanência nessa Universidade, Rogers e a sua equipa fizeram um esforço colossal de pesquisa na área da psicoterapia com doentes esquizofrénicos, cujos resultados são publicados, em 1967, no livro *A Relação Terapêutica e o seu Impacto*. As relações com o Departamento de Psicologia da faculdade não eram muito satisfatórias e acabou por se retirar em 1963, embora continuando exclusivamente a sua actividade no departamento de psiquiatria da Universidade de Wisconsin.

Este período acabou por ser um dos mais difíceis da sua vida profissional. Surgiram alguns conflitos dentro da equipa que quase destruíram o trabalho da mesma. Nomeadamente, um dos seus colaboradores, Charles Truax, envolveu-se em actividades que Rogers considerava como eticamente problemáticas. Inicialmente, Rogers hesitou em separar-se dele, no entanto, fê-lo posteriormente quando já tinham sido feitos prejuízos irreparáveis, quer para o programa de investigação quer para o clima de trabalho de toda a equipa. Truax, vítima de doença mental, acabou por se suicidar cerca de dez anos mais tarde.

No Verão de 1961, Carl Rogers fez uma longa viagem ao Japão onde foi recebido calorosamente e onde estabeleceu laços de amizade e de partilha profissional que considerou muito enriquecedores. Nesse mesmo ano, publicou o livro intitulado *Tornar-se Pessoa,* que rapidamente se tornou um *best-seller*.

Nessa obra, explorou a aplicação dos princípios da Terapia Centrada no Cliente a outros domínios do Humano: educação, relações interpessoais, relações familiares, comunicação intergrupal e criatividade. Apresenta a sua abordagem como uma filosofia de vida, uma maneira de ser, ou ainda, como um editor brasileiro traduziu, "um jeito de ser". Foram vendidos quase um milhão de exemplares desta obra.

A deterioração do clima em Wisconsin talvez explique qual a razão, após ter passado um ano entre 1962/1963 como convidado do *Center for Advanced Studies in Behavioral Sciences of Stanford*, que o levou a abandonar, em Janeiro de 1964, o quadro universitário para ir para o *Western Behavioral Sciences Institute*, criado em Stanford por um dos seus antigos alunos de Wisconsin, Richard Farson, e pelo físico Paul Lloyd.

Rogers investiu, então, cada vez mais no trabalho com os grupos de encontro. O interesse pelos grupos já tinha começado entre 1946/1947, sensivelmente ao mesmo tempo que Kurt Lewin na *National Training Laboratories,* em Bethel.

Lewin (1948) e a sua equipa pareciam mais interessados na formação de quadros e de profissionais, considerando como acessório o aspecto do progresso pessoal dos participantes. Rogers, pelo contrário, considerava este último aspecto como prioritário e fundamental e, sobretudo desde 1960, após a criação do Centro para o Estudo da Pessoa em La Jolla (1968), considerava o trabalho dos grupos de encontro como o instrumento privilegiado não só para o desenvolvimento pessoal como para a educação, para a gestão, para a administração e para a resolução de conflitos.

O livro publicado em 1970, com o título *Grupos de Encontro*, apareceu como um instrumento de trabalho apreciado tanto pelos leigos como pelos profissionais, impondo-se rapidamente como obra de consulta obrigatória para os especialistas da área de intervenção em grupo. Em 1966, o filme *Journey into Self,* realizado por Bill McGaw, obteve o Oscar de melhor documentário longo do ano. O filme apresentava na íntegra uma sessão de grupo de encontro facilitada por Carl Rogers, tornando-se, assim, um exemplo concreto da teoria e prática que seria descrita no livro *Grupos de Encontro*.

Em 1971, em colaboração com o filho David e Orienne Strode, desenvolveu o *Human Dimension Project,* no qual era proposto a utilização dos grupos de encontro na educação médica e na formação da relação médico-doente.

Nesta época, a sua atenção dirigiu-se também de maneira prioritária para o campo da educação, propondo uma pedagogia centrada no aluno, isto é, experiencial. Esta pedagogia aparece como tendo muitos pontos comuns com a que Paulo Freire (1974) designou "educação não-bancária", embora, nesse momento, Rogers não tivesse conhecimento do trabalho deste pedagogo. A pedagogia experiencial foi objecto de um grande número de trabalhos de pesquisa, que se encontram parcialmente descritos nos dois grandes livros que condensam o seu

pensamento no domínio da pedagogia: *Liberdade para Aprender,* publicado em 1969, e *Liberdade para Aprender nos Anos 80,* publicado em 1983. Neste último trabalho, o autor resumiu os grandes projectos educacionais do grupo de escolas católicas do Imaculado Coração e do projecto dito de Louisville. O essencial da sua mensagem consistia no facto de que os alunos aprendem melhor, são mais assíduos, mais criativos e mais capazes de solucionar problemas quando os professores proporcionam o clima humano e de facilitação que ele propunha.

Com 70 anos, Carl Rogers é o primeiro psicólogo americano a receber os dois maiores galardões da Associação Americana de Psicologia, tanto pelo seu contributo científico como pelo seu contributo profissional.

A partir de 1972, dedicou-se com maior afinco à intervenção e reflexão sobre os aspectos referentes às áreas do social e do político, explorando as possibilidades de maturação e de criatividade que podiam ser encontradas nos grupos de encontro. Empenhou-se no conflito irlandês, facilitando um grupo de encontro com participantes católicos e protestantes, encontro esse filmado pelo mesmo realizador que produzira *The Journey into Self.* Dentro da mesma linha de acção, facilitou grupos de encontro inter-raciais, na África do Sul, no Brasil durante a ditadura militar, e na Rússia "de Gorbachov".

Carl Rogers expõe o essencial das suas reflexões sobre a intervenção social e política no livro publicado, em 1977, com o título *Sobre o Poder Pessoal,* e apresenta o seu modelo de Abordagem Centrada na Pessoa e a sua filosofia de intervenção não só como um modelo de psicoterapia mas como uma abordagem eficaz em todas as relações humanas, quer elas sejam relações de ajuda, relações pessoais ou políticas. Farson disse que Rogers foi "o homem cujo efeito cumulativo na sociedade o tornou num dos revolucionários sociais mais importantes do nosso tempo" (1974, citado por Rogers 1986a, p. 14).

Fez uma análise do sucesso das negociações de Camp David, em 1978, entre Israelitas e Egípcios, em termos de dinâmica de grupo de encontro, e propôs essa fórmula para a resolução dos conflitos sociais e políticos. Recordemos que o "modelo de Campo David" foi aplicado de novo, em 1995, com relativo sucesso, para pôr fim, esperemos que definitivamente, ao conflito armado da Bósnia. Rogers facilitou (1985) um *workshop* em Rast, na Áustria, com 50 líderes internacionais, incluindo o ex-presidente da Costa Rica, embaixadores e pessoas de grande influência política e diplomática, tendo como objectivo trabalhar, segundo o modelo dos grupos de encontro, a problemática da América Central. Rogers, nos

últimos anos da sua vida, investiu cada vez mais na investigação e empenhou-se em grandes *workshops* transculturais, ou de esforço pela paz. Finalmente, em 1987, o seu nome fez parte do grupo das personalidades indicadas para a atribuição do prémio Nobel da Paz. Infelizmente, a morte colheu-o antes, num momento em que, apesar da sua idade avançada, continuava perfeitamente lúcido, extremamente activo, e gozando plenamente da vida em todos os domínios desta, inclusive, como ele dizia aos seus amigos mais próximos, como nunca o fizera antes.

Estes últimos anos foram também marcados, sobretudo após a morte de sua esposa Helen, em Março de 1979, por um maior interesse pela dimensão espiritual do Homem, pela sua integração numa globalidade que o transcende e que se insere numa harmonia integral do Universo. Tomou consciência da importância da dimensão da "presença" na terapia, que ele associou a uma forma de comunicação transpessoal e na qual a intuição tem um papel importante. Apresentou-a como um novo campo a explorar no âmbito da sua abordagem e no domínio daquilo que, talvez, se poderiam chamar os estados alterados de consciência.

Assim, de uma certa maneira, o círculo fechara-se. Dos primeiros interesses e empenhos numa teologia e numa carreira pastoral, Carl Rogers chega ao fim da sua vida com um interesse renovado pelo campo espiritual do Homem, mas num espírito de liberdade e de tolerância, muito longe da visão fundamentalista e estreita da sua juventude. Guardara, talvez, o aspecto proselitista, a confiança indestrutível num futuro melhor, não ignorando, como ele fez questão de sublinhar em numerosas ocasiões, toda a miséria, a dor, o sofrimento e o mal que nos acompanham na nossa peregrinação.

A Terapia Centrada no Cliente e a Abordagem Centrada na Pessoa

Numa primeira fase, o trabalho de Carl Rogers centrou-se na procura sistemática e pragmática de um instrumento terapêutico eficaz. Permitindo-se questionar os modelos em vigor, psicométrico, psicanalítico e comportamental, propôs, numa base puramente empirista, a passagem de uma atitude directiva em terapia e aconselhamento para uma atitude não-directiva. Estava subjacente um movimento de confiança crescente nas capacidade que o indivíduo tem para encontrar respostas para os seus problemas pessoais, respostas essas que considerou serem sempre as mais adequadas.

Esta primeira fase levou-o a estruturar aquilo a que se chamou então a "orientação não-directiva em terapia", apoiando-se num conjunto significativo de pesquisas, pioneiras nesse campo. Datam dessa época importantes trabalhos sobre a dinâmica e o processo da terapia.

A técnica desenvolvida foi a da *reformulação*, palavra que tomara de empréstimo a uma assistente social, Elizabeth Davis, como refere Haigh (1983). Raskins (1978) escreveu que um dos maiores contributos de Rogers para o desenvolvimento da terapia foi o de clarificar uma técnica que permitia exprimir a filosofia de respeito para com o cliente, à qual tantos terapeutas faziam referência sem a praticar.

À terapia não-directiva subjazia o pressuposto de que a pessoa tem dentro de si a capacidade para solucionar os seus problemas, assim como um movimento para o "crescimento", ou seja, para a evolução de um comportamento menos maduro para outro mais maduro.

A resposta de compreensão empática aparecia, então, como a técnica mais eficaz para uma tomada de consciência que era considerada como "um pré-requisito para uma terapia bem sucedida" (Axline, 1974, p.14). A confiança na tomada de consciência era uma reminiscência das teorias que na época estavam em vigor. Mais tarde, graças em parte à elaboração de Gendlin (1986), a sua importância relativizou-se em relação ao *experienciar* e, para este discípulo de Rogers que tomou uma posição extrema, tornou-se mesmo acessória. O experienciar seria o processo pelo qual a "pessoa se torna consciente da incongruência entre o *Self* e a experiência organísmica e o meio utilizado para ultrapassar essa discrepância" (Wood, 1994, p. 218).

Numa segunda fase, Rogers equacionou uma mudança, evoluindo do impacto das técnicas para o privilégio das atitudes e da relação. O modelo da Terapia Centrada no Cliente estruturou-se, então, alicerçado sobre três pilares: o postulado da tendência actualizante; as seis condições necessárias e suficientes para que haja mudança terapêutica; a orientação não-directiva.

O postulado da tendência actualizante

Carl Rogers propôs um postulado que afirma o seguinte:

> (...) uma tendência formativa direccional no universo, que pode ser seguida e observada tanto no espaço estrelar, como nos cristais, nos microorganismos, na vida

> orgânica, nos seres humanos. Esta tendência é uma tendência evolutiva, no sentido de maior complexidade, maior inter-relação. Na espécie humana ela desenvolve-se a partir de uma simples origem celular, até ao funcionamento orgânico complexo, até ao saber e sentir abaixo do nível da consciência, até um dar-se conta conscientemente do organismo e do mundo externo, até uma consciência transcendente da harmonia e da unidade do sistema cósmico, incluindo a humanidade (Rogers, 1959, pp. 184, 185).

Continuando, especifica: "Esta tendência é chamada tendência actualizante quando aplicada ao desenvolvimento humano. É operativa, durante todo o tempo, para o desenvolvimento de todas as capacidades da pessoa, em sentidos que sirvam para a manutenção ou crescimento do organismo" (1959, pp. 255, 256). A tendência actualizante apareceu para o autor como um caso particular de tendência formativa, implicando que as potencialidades de mudança fazem parte e são constituintes da sua natureza humana.

As seis condições necessárias e suficientes para que haja mudança terapêutica

Carl Rogers (1957), num artigo publicado a partir dos resultados das pesquisas realizadas até então, postulou as seis condições necessárias e suficientes para uma mudança terapêutica da maneira seguinte: duas pessoas estão em contacto psicológico; a primeira, que chamaremos cliente, está em incongruência, estando vulnerável ou ansioso; a segunda, a que chamaremos terapeuta, está congruente ou integrado na relação; o terapeuta vivencia um cuidado incondicional positivo pelo cliente; o terapeuta vivencia uma compreensão empática dos quadros de referência interna do cliente e comunica-a ao cliente; a comunicação ao cliente da compreensão empática e do cuidado incondicional positivo é minimamente conseguida.

Na sua perspectiva, se estas seis condições existirem aparecerão mudanças construtivas no cliente; se uma ou mais destas condições estiverem ausentes, as mudanças não aparecerão; se todas as seis estiverem presentes, quanto maior for o grau das condições de dois a seis, mais importantes são as mudanças.

A orientação não-directiva

Para este autor a atitude não-directiva é a expressão de uma posição filosófica de confiança no cliente e na sua capacidade para a auto-organização e auto-

direcção. É a certeza de que o cliente tem a melhor e mais criativa resposta para o seu problema, e com ela a capacidade de a actualizar, se lhe forem possibilitadas as condições necessárias para tal. Como dizia: "o ponto de vista não-directivo dá um alto valor ao direito de cada indivíduo para ser psicologicamente independente e manter a sua integridade psicológica" (Rogers, 1942, p. 28).

Numa terceira fase, a ênfase deslocou-se para a relação, e Rogers preocupou-se em explorar as possibilidades da sua abordagem fora dos campos da terapia, extraindo a filosofia inerente e modulando as variantes da sua aplicabilidade nos diversos campos do Humano. Nesta fase, a Abordagem Centrada na Pessoa apareceu como a expressão da filosofia subjacente à Terapia Centrada no Cliente e com a possibilidade de aplicação em todos os domínios do relacional.

A Abordagem Centrada na Pessoa vai ser caracterizada pela confiança no postulado da tendência formativa e no seu corolário da tendência actualizante, que, na presença de um conjunto de condições adequadas (também chamadas atitudes nodais ou fulcrais), vai permitir aos organismos biológicos ou sociais actualizarem as suas potencialidades.

Se já nos referimos à tendência formativa [nós preferimos designar de tendência à complexificação] – que Rogers coloca em paralelo com a neguentropia ou a sintropia – e à tendência actualizante [nós preferimos designar de tendência à hipercomplexificação], consideramos também importante referir-nos em detalhe às atitudes nodais, visto representarem o máximo divisor comum das diferentes interpretações actuais do pensamento rogeriano.

Inicialmente, estas atitudes foram teorizadas por Carl Rogers no quadro da sua hipótese das seis condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica: a congruência, o cuidado incondicional positivo, a compreensão empática e, posteriormente como já o referimos, a atitude de presença.

Estas atitudes fundamentais e indissociáveis são características quer da relação terapêutica quer da relação pedagógica experiencial e são generalizáveis a todas as situações relacionais.

Para este autor, a atitude de congruência é a coerência com a experiência própria, numa totalização desta, da sua tomada de consciência e da sua comunicação; é coerência consigo mesmo, no espaço-tempo da relação, no aqui e agora da relação. Para Campiche, Hippolyte e Hipólito (1991), a liberdade, autenticidade e criatividade aparecem como condições indispensáveis mas não suficientes para que surjam a liberdade e a criatividade.

No dizer destes autores, o cuidado incondicional positivo traduz-se numa aceitação do Outro e do seu discurso, sem juízos de valor, facilitadora da autonomização deste, como Outro, permitindo-lhe criar e dirigir a sua própria experiência na resolução ou não-resolução dos seus conflitos. Ter uma atitude de compreensão empática significa compreender o mundo do Outro como ele mesmo o compreende, vê-lo como ele mesmo o vê, isto é, como se o víssemos com os seus olhos e inscrevendo-nos no mesmo registo semântico. A compreensão empática significa ainda transmitir ao Outro, de maneira adequada, a nossa percepção do seu universo e da sua maneira de "estar-no-mundo", reajustando em permanência a precisão da nossa compreensão através da intervenção, compreendendo com ele os significados possíveis da sua vivência e acompanhando-o na reestruturação do seu sistema de referências. Manter esta atitude implica a integração de dois momentos inseparáveis e consecutivos. Num primeiro tempo, ver e perceber o mundo do Outro como o Outro o vê, através da sua própria subjectividade, como se fosse o Outro, mas sem nunca perder a noção da diferença que permite a relação; num segundo tempo, confrontar a nossa percepção com a realidade do Outro e ajustar constantemente a precisão da nossa compreensão através do diálogo. Em conclusão, significa inevitavelmente conhecer a cultura na qual o sujeito se estruturou, estruturando ao mesmo tempo o universo à sua volta, isto é, as instituições que tentam condicioná-lo, as formas que tomam as relações de trabalho; em suma, conhecer o melhor possível as dimensões e os referenciais do seu universo.

Em relação à *presença*, Rogers não teve tempo para aprofundar a sua teorização. Refere-se a ela dizendo:

> Quando estou no meu melhor, como facilitador de grupo ou terapeuta, descubro outra característica. Percebo que quando estou mais próximo do meu *self* íntimo, intuitivo, quando de alguma forma estou em contacto com o desconhecido em mim, quando talvez esteja no relacionamento em um estado de consciência ligeiramente alterado, então tudo o que faço parece estar repleto de cura. Minha simples presença, então é libertadora e benéfica. Não há nada que eu possa fazer para forçar essa experiência, mas quando consigo relaxar e ficar perto do meu cerne transcendental, então talvez eu me comporte de modo estranho e impulsivo no relacionamento, modo que não posso justificar racionalmente, e que não tem nada a ver com os meus processos de pensamento. Mas essas condutas estranhas vêm a ser certas,

> de algum modo. Nesses momentos parece que o meu espírito interior alcançou e tocou o espírito interior do outro. Nosso relacionamento transcende a si próprio e se torna parte de alguma coisa maior. Energias profundas de cura e crescimento estão então presentes (Rogers, 1987a, p. 70).

Na última fase da sua vida, Carl Rogers, sem nunca abandonar as perspectivas precedentes, vai, contudo, considerar que o momento terapêutico fundamental está ligado àquilo a que chama "momentos de movimento" e que ele relaciona profundamente à noção de presença.

A Difusão do Pensamento de Rogers nas Ciências Humanas

As ideias de Carl Rogers tiveram uma imensa difusão no "campo" da psicologia e da psicoterapia, mas, no entanto, a sua influência estendeu-se bem para além disso, em todas as ciências humanas.

Quando começou o seu trabalho como terapeuta, a psicoterapia era considerada, nos Estados Unidos, como sendo uma actividade médica e reservada aos médicos. Rogers não só se opôs a este monopólio como até pretendeu, num primeiro tempo, defender que os médicos, cuja formação privilegia o diagnóstico e a propensão a dirigir os outros, não apresentavam a formação de base ideal para a prática desta nova profissão, a qual ele considerava naturalmente mais indicada para as pessoas com uma formação de base em psicologia.

Inicialmente, começou por utilizar o termo "aconselhamento" por razões principalmente estratégicas, evitando assim a acusação de prática ilegal de medicina. A prática da psicoterapia pelos psicólogos, nos Estados Unidos, foi, de uma certa maneira, influenciada pelo trabalho de Rogers e pela generalização do seu ponto de vista.

Esta influência instalou-se de tal maneira na sociedade que poucas pessoas, hoje em dia, terão consciência de que o trabalho actual de investigação em psicoterapia se alicerçou no trabalho pioneiro de Rogers e no seu empenho na pesquisa a partir de dados concretos, tais como a gravação integral das entrevistas e dos tratamentos, utilizando os meios limitados da época, nomeadamente, discos de 78 rotações com uma capacidade de cerca de três minutos, a transcrição e análise dessas transcrições, a utilização abundante dos testes psicométricos e a criação de numerosos instrumentos para avaliação do processo terapêutico.

Grande parte dos seus conceitos foi integrada pelas múltiplas correntes terapêuticas, quando não mesmo pela linguagem comum. A noção de empatia foi retomada por todas as escolas e ninguém desconhece a importância deste conceito desde a psicanálise, sobretudo com Kohut (1977), até às teorias cognitivo-comportamentais. Do mesmo modo, as noções de congruência e de aceitação do cliente foram conceitos que se difundiram de forma tal, que a abordagem terapêutica de Rogers parecia condenada a desaparecer, diluída e integrada pela multiplicidade das escolas. Talvez um dos conceitos que maior dificuldade teve para ser adequadamente compreendido e integrado foi o de não-directividade, apesar de muitas escolas considerarem a especificidade da sua intervenção terapêutica como não-directiva.

O autor, referindo-se a estes princípios, escreve que:

> Eles se infiltraram na educação, onde as suas implicações revolucionárias provocam controvérsias. Influenciaram casamentos e parcerias. Afectaram as relações com os pais. Alcançaram indústrias e escolas de gestão (...) A educação e práticas médicas também sentiram a mudança. Nem mesmo a profissão jurídica ficou isenta. O aconselhamento pastoral foi profundamente mudado. Trabalhadores no desenvolvimento de comunidades actuam de modo diferente. Pessoas de várias ocupações e em todos os caminhos de vida se sentiram com mais poder, descobriram uma compreensão mais profunda do *self,* aprenderam intimidade (Rogers, 1986b, pp. 15-35).

Alguns dos discípulos de Rogers acabaram por trilhar caminhos originais, que não cabe aqui detalhar, e que os içaram a "chefes de escola", tais como Gendlin (1978) e a terapia experiencial, caracterizada pela sua técnica particular do enfoque ("focusing") e dando particular ênfase ao experienciar; Rice (1974) e a perspectiva da pedagogia da afectividade; Gordon (1995), que desenvolveu metodologias de aplicação pedagógica dos princípios rogerianos, quer para grupos específicos profissionais ou não (professores, gestores, líderes, vendedores, médicos e pais, entre outros), quer para outros contextos de cariz mais geral e no âmbito do desenvolvimento pessoal.

A abordagem rogeriana marcou também profundamente o campo da intervenção social, com a difusão do chamado modelo do *case work*, da entrevista dita não-directiva ou ainda da orientação profissional.

Poder-se-ia pensar que o ciclo estava concluído e que, tendo-se integrado plenamente na cultura, o pensamento de Carl Rogers deixara de ter pertinência e singularidade para se esbater naquela herança cultural que todos partilham sem reivindicar especificidade.

O Enquadramento de Carl Rogers na Psicologia Actual

Durante a maior parte da sua vida, Rogers opôs-se à institucionalização do seu pensamento ou das suas ideias. Exemplo disto foi uma carta escrita, no princípio de 1970, ao Prof. Caldeira, que organizava em Lisboa uma formação em psicoterapia segundo os princípios que ele considerava rogerianos e que pela mesma ocasião estruturava uma sociedade científica com a mesma perspectiva. Rogers comunicou-lhe que não autorizava a utilização do seu nome para um tal programa e sociedade, e que a sua posição pessoal era contra a institucionalização do seu pensamento, visto considerar esta institucionalização como incompatível com a sua filosofia pessoal.

Já perto do fim da sua vida, constatou que o processo lhe escapava completamente e que, um pouco por toda a parte, eram organizadas sociedades científicas mesmo sem o seu beneplácito. Assim, acabou por se associar à constituição de uma Associação Europeia de Terapia Centrada no Cliente e Abordagem Centrada na Pessoa. Aceitou ainda a criação da Associação para o Desenvolvimento da Abordagem Centrada, sociedade norte-americana, mas com muitos membros internacionais, que funciona de maneira extremamente pouco estruturada, e em pleno acordo com o espírito de Rogers.

Progressivamente, também, foram aparecendo programas de formação em psicoterapia, dependentes quer do Centro de Estudos da Pessoa, fundado por Rogers, em La Jolla, San Diego, quer de Institutos reconhecidos por ele ou pelas diversas sociedades científicas que integram o movimento rogeriano no mundo.

A sua saída do meio universitário, ao deixar a Universidade de Wisconsin para ir para a Califórnia, foi seguida de um certo declínio relativamente à influência directa das suas ideias no campo da formação em psicoterapia.

De alguns anos a esta parte, novas sociedades foram sendo criadas em todo o mundo e o movimento rogeriano, se bem que não tendo estruturas internacionais organizadas, encontra-se regularmente a cada três anos, no

âmbito da Conferência Internacional de Terapia Centrada no Cliente e Terapia Experiencial, congressos científicos de cariz mais tradicional e direccionados fundamentalmente para a psicoterapia. Realiza-se ainda, a cada três anos, o Fórum Internacional da Abordagem Centrada na Pessoa, mais abrangente e experiencial, onde os diversos campos de aplicação da Abordagem Centrada na Pessoa estão presentes. O primeiro foi organizado no México, contando ainda com a presença de Carl Rogers.

Progressivamente, o movimento rogeriano toma consciência da riqueza da herança recebida e do facto de a Terapia Centrada no Cliente continuar hoje a ter plenamente lugar, no panorama das psicoterapias, como uma das mais firmemente esteadas na pesquisa e com sólidas raízes filosóficas.

Apareceu, assim, uma segunda vaga de terapeutas que no "universo rogeriano" são por vezes considerados como puristas ou ortodoxos e que, sem pôr em causa a filosofia da Abordagem Centrada na Pessoa ou a sua aplicação aos múltiplos campos do Humano, propõem o retorno, no *setting* da psicoterapia, ao modelo dito da Terapia Centrada no Cliente, o qual assenta nos três pilares que atrás referimos (p. 29).

Do mesmo modo, na última década, assistiu-se a um regresso da abordagem rogeriana aos meios universitários e a um retomar das actividades de pesquisa que durante alguns anos tinham passado, de certa maneira, a segundo plano, enquanto que as actividades de exploração dos limites de aplicação e aplicabilidade do modelo filosófico tinham sido mais privilegiadas.

Qual é o impacto hoje de Carl Rogers? Fizemos um breve inquérito a uma pequena amostra de psicoterapeutas rogerianos instalados em várias partes do mundo, alguns deles bem conhecidos, quer por terem sido discípulos e colaboradores directos de Rogers, quer por terem contribuído de maneira significativa para o desenvolvimento do modelo e da prática rogeriana.

Barret-Lennard (1995, comun. pessoal), professor jubilado da Universidade de Murdoch, na Austrália, conhecido pelo número importante de trabalhos realizados no campo da pesquisa em psicoterapia e colaborador de Rogers no período de Chicago, deu-nos o seguinte testemunho:

> Para nós, o impacto de Rogers é vivo e imediato e ao mesmo tempo profundo. Para outros a sua influência é histórica. Com isto quero dizer que ajudou a psicologia a tornar-se no que ela é hoje como domínio: de interesse, de investigação, de

> conhecimento e de influência na cultura. Como uma força que tem tido impacto na contribuição para o desenvolvimento da psicologia, os seus efeitos são difíceis de desenredar e separar de outras influências históricas. Profissionais em psicologia clínica e psicoterapia (por exemplo) tendem a estar relativamente inconscientes daquilo que são agora somente influências indirectas.
> O impacto de Carl é pois, directo e indirecto, e isto tanto no âmbito das disciplinas de ajuda quanto na cultura, em geral. E uma das coisas mais interessantes para mim é a maneira como tem continuado a estender-se, quer por campos diversos, quer em regiões diferentes do globo em tempos diferentes. Data dos anos quarenta e cinquenta o profundo efeito em psicologia clínica, disseminando-se no campo das disciplinas envolvidas no aconselhamento e psicoterapia. A pesquisa evidencia, por exemplo, que, no campo das ciências de enfermagem, um substancial impacto só apareceu nos anos setenta e oitenta.
> Considerando as diferenças de penetração por regiões, verificamos que não havia na Inglaterra praticamente nenhuma consciência do trabalho de Carl até meados dos anos sessenta e só aparece em força nos anos setenta. Na Europa continental o progresso é bem conhecido, mas nos países do Leste da Europa só agora começa a ser conhecido. Na América Central e do Sul, só nos finais dos anos setenta e anos oitenta o trabalho de Carl se tornou visível. Tenho tido alguma correspondência com colegas dos países do Médio Oriente, mas que dizer dos países da África Central? Quando é que o trabalho de Carl chegará aos países mais populosos, como a China e a Índia?

Uma psicóloga norte-americana, Marge Witty (1995, comun. pessoal), referiu que:

> O trabalho de Rogers deu-nos uma visão radical da natureza humana e da vida. Rogers viu as pessoas humanas como falíveis, vulneráveis a miríades de formas de influência, completamente únicas, mas partilhando com todas as criaturas as aspirações para a actualização do seu desenho genético.
> Sob circunstâncias favoráveis, as pessoas parecem mover-se para um aprofundamento da vida e aperfeiçoamento das suas capacidades. Nada disto acontece por causa de um Deus ou uma força externa ao universo. Nem mau nem bom por natureza, tendo vastas capacidades para ambos, o bem e o mal, inocentes no mesmo registo que um caracol ou uma pantera. Nós podemos guiarmo-nos a nós próprios, podemos honrarmo-nos a nós próprios e à vida, sem líderes autoritários ou gurus de nenhum tipo. O pensamento de Rogers foi o primeiro a conseguir desembaraçar-nos de Satanás.

Kathy Moon (1995, comun. pessoal), uma psicoterapeuta de Chicago, escreveu também a sua opinião:

> Eu penso que, de certa maneira Rogers, teve mais impacto no pensamento educacional do que no psicológico, sem que isto queira dizer uma tradução na prática educacional.
> Talvez eu esteja de mau humor hoje, mas penso que em psicologia uma quantidade de terapeutas 'eclécticos' imagina que conta na sua lista de valores o *estar centrado* no cliente, sem todavia ter um sentido profundo ou teórico do que isso significa. Quero com isto dizer que pensam estar a falar de tudo quanto o cliente deseja, mas na realidade estão rotineiramente sendo directivos, manipulativos, autoritários, diagnosticando, embora pensando que foram fortemente influenciados por Rogers e que basicamente são terapeutas centrados no cliente.

Um outro terapeuta americano, Garry Prouty (1995, comun. pessoal), bem conhecido pelo seu trabalho inovador com clientes profundamente perturbados, afirmou:

> Para mim o impacto da psicologia de Carl Rogers está em afirmar o valor existencial de cada indivíduo. Isto é dolorosamente necessário face ao contínuo aumento do poder institucional na vida de hoje. Entre as teorias actuais da natureza humana, Rogers é o mais expressivo relativamente ao cuidado ético que parece ir desaparecendo. As forças sociológicas e económicas de hoje são muito 'anti-pessoa'.
> Carl foi um pioneiro no desenvolvimento da abordagem quantitativa em psicoterapia. Foi um pioneiro no olhar não-patológico sobre a homossexualidade. Foi um pioneiro no combate legal para permitir a prática privada da psicoterapia pelos psicólogos. Foi ainda um pioneiro no uso da técnica de gravação em psicoterapia.

Márcia Tassinari (1995, comun. pessoal), psicóloga e terapeuta brasileira, professora na Universidade de Santa Úrsula do Rio de Janeiro, diz:

> Rogers é tanto reconhecido como psicólogo, educador, quanto psicoterapeuta. O impacto no Brasil é bem menor do que o de outras orientações teóricas (tipo psicanálise, terapias corporais, psicodrama). Existem poucos grupos de referência (tipo associação ou sociedade) mas existem muitos profissionais e agrupamentos informais de profissionais utilizando o referencial teórico da abordagem em diversos campos, principalmente em psicoterapia.

William Barnard (1995, comun. pessoal), terapeuta canadiano, teve o seu primeiro contacto com Rogers por volta de 1960, através de grupos de encontro organizados para o desenvolvimento dos trabalhadores da Associação Cristã da Mocidade no Canadá e, referindo-se ao autor, diz:

> Correspondi-me pessoalmente com Carl e recebi vários dos seus artigos em cópias não-publicadas que utilizei no meu trabalho como consultor numa grande corporação canadiana, a *Steel Company of Canada*, e ainda na *holding* de uma grande multinacional canadiana, a *John Labatt*. Mais tarde ensinei numa escola superior de educação da Universidade de Toronto, nomeadamente, educação para adultos, aconselhamento e competências de consultoria.
> A minha convicção é que o génio de Carl se exprime pela sua capacidade para aprender com a experiência, para testemunhar corajosamente a partir dessas aprendizagens em contextos em que elas não eram nem compreendidas nem apreciadas, e pela auto-disciplina e expressão criativa combinadas, que deram origem não só a novas tomadas de consciência na psicoterapia mas também nos diferentes campos do comportamento e relação humanos.
> O seu estilo era deixar correr a suas ideias, partilhá-las evitando a propriedade, evitando que fossem dogmatizadas e identificadas somente a ele. Ao lançar estas ideias livremente, invadiram todos os domínios humanos, e muitos dos que usam estas ideias provavelmente nunca ouviram falar dele, não só em psicologia mas em quase todas as outras profissões.
> Aprendeu com os outros e influenciou-os também. O principal ensino que recebi de Carl foi o de que eu não deveria tornar-me rogeriano ou aderir a um conjunto de crenças que ele tinha aceitado ao longo da viagem da vida, mas sim tornar-me mais totalmente aquele que sou, escolhendo de maneira responsável e dialogando com os outros.

Para Kazuo Yamashita (1995, comun. pessoal), psicóloga e psicoterapeuta japonesa, a Abordagem Centrada na Pessoa:

> Trouxe, na relação de pessoa a pessoa, uma maneira democrática de ser, uma auto-direcção em que cada um valoriza o outro; trouxe a importância do encontro autêntico e, como é bem conhecido, o sentimento de uma similaridade com a cultura oriental.

Charles Stuart (1995, comun. pessoal), psicólogo e psicoterapeuta norte-americano, também referiu:

> Uma aprendizagem importante que Carl me ajudou a fazer foi a de que, quando eu escuto e imagino o que pode ser experienciar o que o outro experiencia, eu sinto uma conexão que até aqui me era completamente estranha... uma conexão íntima que vem sem manipulação alguma da minha parte. E se alguém me tivesse falado desta experiência antes de ela se ter tornado parte de mim, eu não teria tido nenhuma ideia do que isso significava.
> A segunda aprendizagem importante que fiz com a Abordagem Centrada na Pessoa foi a de que, quando eu tomo o risco de partilhar as minhas experiências imediatas, não só eu encontro reciprocidade no outro, mas também sinto uma profunda compreensão íntima, uma espécie de vínculo que me sabe maravilhosamente bem e me oferece uma vida que vale mais profundamente a pena de ser vivida.
> E a minha terceira aprendizagem foi a de que oferecer-me genuinamente é arriscado, e algumas vezes desencadeia hostilidade, julgamento de valores, e espinhos. Mas estas ocasiões são surpreendentemente raras. Mais frequentemente, o que acontece é o que descrevi mais acima. Agradeço ter-me dado esta oportunidade de pensar no que representa para mim assim como para tantos outros nesta rede.

Nathaniel Raskin (1995, comun. pessoal) foi um dos alunos de Carl Rogers na Universidade de Ohio, seu colaborador no período de Chicago, actualmente professor jubilado da Northwestern University, em Chicago, e internacionalmente conhecido pela sua obra científica. Raskin escreveu:

> Durante a vida profissional de Carl Rogers, o psicólogo ou o psiquiatra eram vistos predominantemente como peritos que podiam diagnosticar os problemas de pessoas normais e guiá-los para encontrar soluções. Com a contracção dos serviços médicos e sociais, nas décadas recentes, aumentou a pressão para seguir esse modelo.
> Rogers não só declarou a sua crença de que os indivíduos-clientes têm a capacidade para desenvolverem as suas próprias tomadas de consciência e respostas, mas também aprofundou as bases teóricas e de pesquisa para esta abordagem, e expandiu-a até incluir terapia de grupo, alunos nas classes de aulas, comunidades de estranhos e grupos em conflito.
> Deixou muitos exemplos do seu trabalho, e forneceu um exemplo pessoal da sua filosofia na maneira como viveu.

Alberto Sagrera (1995, comun. pessoal), professor universitário mexicano que organizou o I Forum Internacional da Abordagem Centrada, comentou:

> Carl Rogers foi a pessoa que maior influência teve no meu pensamento científico e pessoal sobre as relações interpessoais e a promoção do desenvolvimento humano, tanto a nível individual como educacional, organizacional e social. As implicações das suas ideias estão muito longe todavia de serem assimiladas e desenvolvidas em todos estes âmbitos.
> Existem no México programas de pós-graduação baseados na Abordagem Centrada na Pessoa e a sua influência tem-se estendido a outros programas quer ao nível de licenciatura quer de pós-graduações.
> O futuro da psicologia e das outras profissões de ajuda será certamente enriquecido com tudo o que é trazido pelos académicos e profissionais empenhados nesta abordagem.

Anne-Marie Blanc (1995, comun. pessoal), psicóloga e psicoterapeuta francesa, disse:

> Enfim, sinto-me reconhecida e aceite tal como sou e eu também me aceito tal como sou (...). Esta reflexão frequentemente expressa pelas pessoas, ao longo do seu trajecto em psicoterapia rogeriana, resume, penso eu, o essencial daquilo que o percurso e a abordagem desenvolvidos por Carl Rogers trouxeram à psicoterapia e, de maneira mais geral, à relação de ajuda: a restituição ao cliente da sua dimensão de pessoa, reconhecida na sua subjectividade, o respeito da sua dignidade e da sua capacidade de crescimento.
> Esta valorização da experiência subjectiva é, como escreve Max Pagès, "a rejeição da reificação, da objectivação às quais está habitualmente sujeito o cliente do terapeuta (...) o cliente deixa de ser observado, analisado como estando por detrás de um vidro, em resumo, tratado como uma coisa e manipulado". O "objecto psicológico" torna-se de novo o "sujeito" do seu próprio crescimento.

E, para finalizar, Ana Sofia Josué (1995, comun. pessoal), na altura do inquérito, finalista do Curso de Psicologia numa faculdade de Psicologia de Lisboa, exprimiu assim o impacto actual de Rogers na sua formação:

> Descobrir Rogers despertou em mim o desejo de partir à descoberta, na pele, daquela que é a sua abordagem, e é neste sentido que ele tem influenciado algumas

> das direcções que tenho vindo a tomar como pessoa. A sua maior influência tem-se manifestado numa progressiva alteração da minha forma de olhar o (meu) mundo. Sinto-me mais aberta à vida, ao outro, a mim. Tenho-me tornado um pouco mais apta a deixar-me ser como sou e a 'deixar' os outros serem como são. No fundo, sinto que o que tem ocorrido é a gradual descoberta de um "olhar-vendo", de um "ouvir-escutando", de um "falar-dizendo", de um estar atenta de dentro para fora e de fora para dentro, aprendendo a sentir o tempo na hora.

Neste momento de crise económica, social e humana, em que os valores do individual tendem a desaparecer, não em proveito de uma percepção adequada do social, mas do macroeconómico em que o indivíduo só é valorizado em termos económicos e que a vida deixou de ter um valor único (vejam-se os cortes nas despesas sociais e de saúde feitos, actualmente, em todos os países desenvolvidos), a mensagem de Rogers parece-nos de novo indispensável no retorno ao individual, ao pessoal não num "pessoal" ou "individual" que se opõe e é incompatível com o social, mas num individual que dá sentido ao social, num conceito isomórfico de organismo, a todos os níveis de organização, numa posição profundamente ecológica, holística e humanista. Foi bem Carl Rogers uma das figuras de proa da chamada terceira força da psicologia, a Psicologia Humanista, alternativa humanista às posições essencialistas e deterministas das psicanálises e dos comportamentalismos.

Capítulo III

O Papel das Respostas de Compreensão Empática

A resposta de compreensão empática aparece no contexto rogeriano como uma forma de intervenção privilegiada e uma das características mais importantes da Terapia Centrada na Cliente. Sendo a resposta de compreensão empática o aspecto mais visível do "iceberg" tem sido, por isso, alvo de ironias e caricaturas feitas ao modelo rogeriano. Mas o seu papel foi, a partir de certa altura, sobrevalorizado a um ponto tal que não se pode separá-lo do seu contexto histórico nem esquecer que a primeira denominação dada à terapia desenvolvida por Carl Rogers, "Terapia Não-Directiva", estava intimamente ligada à imagem que a "técnica" da *reflection*[1] transmitia no espírito do público.

De uma certa forma, o que aparecia subjacente ao termo não-directividade não era tanto o que o autor gostaria que fosse, isto é, dar prioridade ao cliente na direcção do processo terapêutico, mas o sentido da repetição, do psitacismo, que contaminou bastante a visão da resposta de compreensão empática e a concepção que teóricos de outros modelos tinham da Abordagem Centrada na Pessoa ou da Terapia Não-Directiva.

Esta terá sido, provavelmente, uma das razões pelas quais Rogers acabou por substituir o termo "Terapia Não-Directiva" por outro, que lhe pareceu mais adequado, designando-a de Terapia Centrada no Cliente. Se considerarmos a evolução do seu pensamento, compreenderemos melhor as diversas interpretações que foram dadas por outras perspectivas que surgiram no movimento rogeriano sobre a resposta de compreensão empática.

Segundo Peretti (1997), Rogers[2] foi influenciado no princípio da sua formação, como ele mesmo o reconheceu, por um psicanalista dissidente, Otto Rank, do

---

[1] *Reflection* – palavra que tem sido traduzida, em português, por *reformulação*, mas, em nosso entender, a expressão "restituição em espelho" será mais fidedigna, do ponto de vista conceptual.

[2] Sobre a influência do pensamento e prática de Otto Rank, leia-se o testemunho de Rogers no livro *Carl Rogers the Quiet Revolutionary* (2002, Roseville: Penmarin Books, pp. 112,113, 239)

qual guardou uma recordação extremamente forte relativamente aos aspectos que caracterizam a qualidade da relação terapeuta-cliente, deixando talvez um pouco na sombra a importância do contributo conceptual e formal desse teórico.

Nessa primeira fase do seu percurso, foi, também, inevitavelmente influenciado pelo impacto que a corrente "ortodoxa" psicanalítica tinha no meio americano da psicologia e da psicoterapia e, como tal, parecia uma evidência que no processo psicoterapêutico (como veremos, a resposta de compreensão empática está intimamente ligada ao processo terapêutico) a tomada de consciência do cliente seria o elemento essencial e estruturante da mudança psicológica.

Os textos de Rogers têm uma grande qualidade de escrita e um grande calor humano, esteados em testemunhos e confissões, mas, raramente o autor parece preocupado com uma exposição sistemática dos seus próprios conceitos e teorias. Uma das primeiras obras, em que se verifica um esforço de sistematização do pensamento e da conceptualização rogeriana, é a publicada em colaboração com Kinget (Rogers & Kinget, 1971), que tem como título *Psychotérapie et Relations Humaines*. A influência das ideias psicanalíticas da época é evidente na leitura do texto, pela ênfase dada a certos temas próprios do modelo psicanalítico, como, por exemplo, o problema da transferência e das relações-transferências. Diga-se, contudo, que esta obra continua a ser muito útil e de uma grande actualidade. A tomada de consciência era uma preocupação fundamental e bem explícita, não só para Rogers (1987) como também para os seus colaboradores próximos, como Axline (1947), que a considerava mesmo como um pré-requisito para uma terapia bem sucedida.

A resposta de compreensão empática era apresentada como sendo o meio por excelência para facilitar a tomada de consciência autónoma da experiência vivida, permitindo ao cliente reajustar a sua percepção, integrando a vivência e alargando o seu campo experiencial. Em *Counseling and Psychotherapy* (1942), livro da responsabilidade exclusiva de Carl Rogers, voltamos a encontrar esta noção da tomada de consciência (*insight),* e que Rogers descreve da seguinte forma: "(...) envolve a reorganização do campo perceptivo. Consiste na apreensão de novas relações. É a integração da experiência acumulada. Significa uma nova orientação do eu (...) Surgem vários tipos de percepção que nós agrupamos sob a designação de *insight(...)"* (p. 206).

Parece-nos que, fazendo uma leitura transcultural, os momentos de tomada de consciência eram interpretados como intervenções estruturantes ou de mudança. Neste sentido a resposta de compreensão empática tinha uma razão de ser, um significado e uma intenção sobre a qual teremos ocasião de voltar a reflectir.

Consideramos importante debruçar-nos um pouco sobre a evolução da concepção do que é estruturante e mutativo em terapia, isto é, do que se pode chamar o *momento de mudança* em psicoterapia.

Um período fundamental de transição na evolução do pensamento de Rogers situou-se na sua passagem pela Universidade de Wisconsin, onde teve a oportunidade de trabalhar no Departamento de Psiquiatria com doentes esquizofrénicos, realizando um importante trabalho de investigação sobre o impacto da relação terapêutica na prática psiquiátrica, encontrando-se o essencial desta pesquisa na obra *The Therapeutic Relationship and its Impact* (1967a).

Num dos capítulos desse trabalho colectivo, Gendlin (1962, citado por Gendlin & Rogers, 1967b) desenvolve uma outra maneira de olhar para o processo de mudança na terapia, falando principalmente da noção de experiência e considerando, de uma certa maneira, que o *experienciar* teria prioridade sobre a tomada de consciência. Assim, afastando-se progressivamente de Rogers, desenvolveu a importância do experienciar como motor essencial do processo terapêutico, sublinhando que o importante é o experienciar *em companhia de*, *em relação com*. Introduziu a noção da essencialidade da *presença*, conceito que Rogers, mais tarde, veio a integrar como fazendo parte de uma quarta atitude nodal para mudança terapêutica. A *presença* seria o "estar com" e o *experienciar* seria a *vivência* do "estar com". Nesta sua obra, Gendlin (1967c) associou o experienciar e o "tomar consciência de" (*become aware*) como aspectos indissociáveis do processo terapêutico. No entanto, do nosso ponto de vista, o autor evoluiu no sentido de uma nítida, ou mesmo exclusiva, valorização do experienciar.

Constata-se, assim, que, ao nível da teoria do processo terapêutico, a valorização privilegiada, ou mesmo exclusiva, da tomada de consciência que se insere no domínio do cognitivo evolui para a valorização privilegiada, ou mesmo exclusiva, do experienciar conotada com o emocional e afectivo.

É interessante verificar que, em função destas diferentes maneiras de estar, a intervenção e a resposta de compreensão empática, esta como instrumento de intervenção, vão evoluir e, consequentemente, também a sua conceptualização.

A mudança progressiva do pensamento de Gendlin (1978) levou à criação de uma verdadeira "escola" denominada Psicoterapia Experiencial, que enfatiza a técnica do enfoque (*focusing*). Progressivamente, foi-se autonomizando como corrente distinta, embora mantendo-se nas fronteiras do movimento rogeriano do qual, em 1990, Gendlin dizia continuar a pertencer.

Esta técnica é referida como algo que se pode ensinar ao cliente e que tem como objectivo ajudá-lo a experienciar, de forma preferencial, aquilo que é o *felt feeling*, o sentido do *sentir*, o sentimento *sentido*, algo que se manifestará como percepção concreta "no estômago como 'borboletas no seu estômago' ou onde quer que a pessoa sinta o medo, a cólera ou uma alegre excitação" (Gendlin & Tomlinson, 1967d, p. 114).

Neste processo de evoluções teóricas surgiram, também, as perspectivas que consideram o desenvolvimento da resposta de compreensão empática não em termos de uma maior "tomada de consciência" mas no sentido de aumentar a presença ou a intensidade do experienciar.

Na obra já citada *Psychothérapie et Relations Humaines* (1971), Rogers e Kinget afirmam que "(...) já que o terapeuta rogeriano procura não julgar, interrogar ou tranquilizar, nem explorar ou interpretar, mas, pelo contrário, procura *participar na experiência imediata do cliente,* segue-se naturalmente que as suas respostas devem aderir ao pensamento deste, a um ponto tal que o retome e o devolva, sob uma forma equivalente ou que, pelo menos, ele reconheça como sua" (vol. II, p. 57).

Actualmente, e de acordo com o pensamento expresso por Rogers (1999), nós propomos a utilização exclusiva da expressão – resposta de compreensão empática. A utilidade deste tipo de respostas é a de satisfazer uma das condições necessárias e suficientes em terapia, ou seja, que o cliente perceba minimamente as atitudes de congruência, de cuidado incondicional positivo e de compreensão empática do terapeuta.

Contrariamente à opinião de Rogers, Gendlin (1990) considerava que o facto de o cliente perceber estas atitudes do terapeuta não era uma condição necessária nem suficiente. Podia ser útil, mas não era mais do que isso, e sublinhava que a "resposta de compreensão empática centrada no cliente é a ferramenta de base para usar outros instrumentos de intervenção (...)". Assim, "a resposta de compreensão empática da terapia centrada no cliente é o aspecto central *com o qual se pode usar tudo o mais*" [itálico é do autor] (p. 207).

Para Rogers e Kinget (1971), a resposta de compreensão empática, por "insignificante e repetitiva que possa parecer, é contudo de uma eficácia espantosa", e aparece como "o meio por excelência para facilitar a tomada de consciência *autónoma* [itálico do autor] da experiência vivenciada" (vol. II, p. 58). Preocupados com a tomada de consciência, os autores defendem a existência de um diálogo que permita ao cliente sentir-se compreendido e ao terapeuta reconhecido na sua competência.

Neste "período não-directivo" a resposta de compreensão empática era a ferramenta principal de que dispunha o terapeuta. Os autores supra citados consideravam a existência de três tipos de reformulação:

1º – *A reiteração.* Quando, através das gravações, vemos Rogers trabalhar (ao longo de toda a sua vida profissional) verificamos que, em termos percentuais, se limita a repetir o que cliente diz; por vezes, com uma ligeira entoação interrogativa, mas não tendo o aspecto de "papaguear", pois que a entoação e o valor que põe naquilo que diz é, na realidade, algo que faz ressonância no cliente. Rogers e Kinget referem que a resposta de compreensão empática reiterativa ou repetitiva é a característica fundamental da intervenção de Rogers. Os terapeutas com mais "experiência" utilizam mais frequentemente este tipo de intervenção, porque se sentem mais à vontade e com mais segurança;

2º – *A reflexão (reflection) do sentimento.* O terapeuta retoma aquilo que o cliente disse respondendo empaticamente, sobretudo, ao sentimento implícito, provocando um "iluminar do fundo que permite enriquecer a figura". Na perspectiva de Rogers e Kinget, aproxima-se da abordagem da Psicologia da Forma ou *Gestalt*. Este tipo de resposta de compreensão empática centra-se mais no sentimento vivido ou no implícito do que no nível dialógico, isto é, no discurso;

3º – *A elucidação ou clarificação.* Neste tipo de intervenção, o terapeuta vai extrair um certo número de aspectos que estão implícitos mas que não foram explicitados pelo cliente no seu discurso. Trata-se de uma actividade dedutiva e, de uma certa maneira, aproxima-se da interpretação, sendo um tipo de resposta menos asséptico do que as outras formas de compreensão. Do ponto de vista intelectual é, aparentemente, a mais satisfatória para os terapeutas, sobretudo para os principiantes, porque se sentem muito mais gratificados em conseguir "vislumbrar" aquilo que estava implícito do que em seguir o cliente passo a passo de maneira mais ou menos repetitiva.

No nosso entender, a resposta privilegiada de Rogers era a simples resposta de compreensão empática reiterativa e Kinget pensava que a elucidação ou clarificação se aproximava da explicitação, intervenção esta que muito raramente aparece no discurso rogeriano.

Caldeira, personalidade que muito marcou a formação dos terapeutas rogerianos em Portugal, quer directamente, quer indirectamente através dos seus discípulos, elaborou uma conceptualização minuciosa sobre o aspecto cognitivo ou intelectual da resposta de compreensão empática, a qual denominou de reformulação.

Num artigo publicado Caldeira e Dias (1982), sobre a psicoterapia dos esquizofrénicos, os autores apresentam uma taxinomia extremamente pormenorizada da reformulação, definindo treze tipos e apresentando exemplos, os quais transcrevemos seguidamente. Estes foram extraídos de entrevistas terapêuticas com doentes diagnosticados como sofrendo de uma perturbação esquizofrénica, feitas por três psiquiatras diferentes e em momentos diferentes.

"Tipo 1 – Reflexo (vai ao encontro da noção de reiteração de Rogers & Kinget, 1971):

C – Parece que só me lembro de coisas más, parece que vou morrer, não faço cocó, morro.

T – Parece portanto que só pensa em coisas más… liga o facto de não fazer cocó com o aborto e com a morte.

Tipo 2 – Clarificação (aproxima-se da elucidação ou clarificação de Rogers e Kinget, 1971):

C – (...) Depois sai tudo baralhado, telefonou a Joaquina para eu ir a casa dela mas eu não podia porque tinha aqui a Dra. G. Depois estou sozinha em casa com a minha tia, mete-me confusão ela ficar sozinha em casa. De modo que não saí. Também não tenho nada que fazer na rua.

T – E à sua tia, mete-lhe confusão?

C. – Não, à minha tia não mete confusão nenhuma, a mim, é que me mete.

T – Você é que se preocupa, então?

C –É, preocupo-me com as minhas preocupações e com as dos outros, é uma estupidez.

T – Apesar de achar estúpido, é difícil fazer a sua vida, comportar-se do modo que acha mais adequado.

Tipo 3 – Inversão de figura-fundo (Rogers e Kinget, na sua análise em termos de *gestalt,* diziam que a reformulação do sentimento permitia iluminar a figura em detrimento do fundo).

*C – Já viu o que me acontece?... Isto só a mim. Parece que tudo corre bem, gostamos um do outro (*chora*) e depois pronto!*

T – Acha que só a si é que lhe acontecem infelicidades de amor?

Tipo 4 – Síntese e reformulação dos sentimentos:

C – Estou vários dias sem poder fazer cocó e fico com medo de ficar como da segunda vez que fiquei doente, porque se me meteu na cabeça que o esforço que representava fazer cocó era o mesmo que representava ter um filho, filho esse que nunca tive porque fiz aborto duas vezes ou mais. Da primeira vez foi horrível, porque eu andava com um rapaz que era esquizofrénico, esquizóide, não percebo nada disso, tinha 18 anos quando fiz e foi horrível. Se não fosse uma prima, Antonieta, uma prima emprestada, é da família da parte do meu pai. O aborto foi horrível, porque eu era muito novinha e esse rapaz voltava-se para mim e dizia, então tu vais fazer um aborto, não vês que vai sair um rapazinho de olhos azuis? Em vez de me ajudar, porque o meu pai disse que lá em casa não queria mães solteiras. Foi horrível, eu tinha 18 anos, "you are sixteen, you are beautiful and you are mine", cantava ele. Ele só me dizia estas coisas em vez de me ajudar (pára e fica em silêncio). *Onde é que eu ia?*

T. – Sentiu-se muito só na altura em que abortou.

Tipo 5 – Reformulação e elucidação do implícito (é mais um "afinar" a elucidação):

C – (Chora, lembrando uma relação amorosa que terminara meses antes) *Dei tudo por tudo... trabalhava e estudava... Tinha que me levantar às seis da manhã para apanhar o comboio, ia almoçar a casa dos meus pais... à noite ele ia estudar com um amigo lá para casa... nem sei bem o que comíamos... ah sim, trazia a comida da casa dos meus pais... Tanto sacrifício para nada... Acabou tudo... Dei tudo por nada.*

T – Está a sofrer porque sente como uma grande injustiça ter-se sacrificado tanto e não ter tido uma resposta adequada.

Tipo 6 – Reformulação intropática e cinética (consiste em transcrever em registo digital o que foi visto num registo não-digital, analógico, através de um movimento reformulado em discurso):

C – (Levanta-se, dá passos curtos, com o tronco um pouco rígido, por vezes arrastando os pés e deambulando, circunscrevendo um espaço restrito.) *Está a ver como é que eu ando?*

T – É como se fosse uma velhinha... como se tivesse um espaço limitado para se mover.

C – É isso, apetecia-me fazer musicoterapia, expressão corporal, sabe onde há disso? Em minha casa, tudo é muito apertado.

Tipo 7 – Reformulação integradora das constantes afectivas e lógicas:

C – Como é que eu cheguei a este estado de ansiedade?... Por tudo e por nada ... E estou cheia de medo que o Dr. X me dê mais comprimidos, ele tem é que

me tirar os comprimidos, porque tenho que ir trabalhar, não sei como é que vai ser, tenho medo, não é bem medo, tenho a sensação de que chego lá e só tenho vontade de fazer xixi e vontade de fumar, porque quando estou nervosa dá-me para aí... E depois não consigo cumprir com os meus deveres, eu não posso estar a deixar constantemente a sala de trabalho.

T – Mas já sabe que tem mais ansiedade pelo que possa acontecer do que quando está nas situações concretas, como, por exemplo, quando foi àquele espectáculo outro dia, quando teve o jantar dos amigos da Joaquina, a viagem da sua tia da terra para Lisboa, quando foi tirar as análises com a sua mãe.

Tipo 8 – Reformulação como confrontação dos paradoxos (no discurso paradoxal do cliente o terapeuta intervém exprimindo a sua perplexidade face ao paradoxo):

C – A vida uma confusão medonha... A Dra. G. não anda chateada também com esta vida toda? As greves, o Papa, que vem fazer ainda mais confusão, a guerra das Malvinas em que morreram 500. A Dra. G. não liga a essas coisas?

T – Pois, isso são desgraças, mas não pode admitir que eu não veja só desgraças no mundo?

C – Pois, também há coisas boas, eu é que não consigo ver; por exemplo, contemplar uma rosa é uma coisa boa, mas eu não tenho calma para isso. Quando o meu pai fica doido com as rosas do jardim e a minha mãe... eu não sou capaz de ficar assim;

T – Tem o sentimento de que só consegue viver as coisas más, mas ainda há pouco me disse que ficava embevecida a ouvir música e que gostava de a exprimir com o corpo.

Tipo 9 – Reformulação extensional e enfoque exploratório:

C – (A propósito de duas sessões a que iria faltar, continuou dizendo num tom de voz de criança que está um bocado aflita, mas que quer ver até onde pode ir…*) E na segunda-feira também não posso vir, porque tenho o Dr. X às 17 horas.* (Depois, em tom de mágoa…) *Vamos estar muito tempo sem nos vermos.*

T – É realmente muito tempo sem nos vermos (reflexo do sentimento)... *Parece-lhe, contudo, que há uma relação entre esse sentimento e ter marcado a consulta para a hora da nossa sessão? (*reformulação do paradoxo)

C – (em tom de desculpa*) Foi a minha mãe que marcou.*

T – Sente-se obrigada a fazer a vontade à sua mãe em muitas situações? (reformulação extensional) *Mesmo quando isso a impede de estar com quem lhe apetece?* (enfoque exploratório)

Tipo 10 – Reformulação e interpretação "a quente" (parece-nos introduzir uma certa confusão e contaminação de modelos):

C – Quero ser agressiva e não posso. Sinto que o Joaquim me destrói, mas não posso largá-lo.

T – É difícil para si ser agressiva?

C – (subitamente irritada) *Sim. Mesmo em relação a si tenho vontade de ...* (retrai-se na cadeira) *Estou a lembrar-me que o meu pai zangou-se com a família da minha mãe e eu nunca pude visitar os meus avós. Chegou a bater na minha irmã por o ter feito* (chora, cobrindo a cara com as mãos. Grita.) *Eu queria dizer-lhe o que pensava dele mas tinha tanto medo que ele me mandasse embora.*

T – Parece-lhe que tem dificuldades em agredir-me, e a outras pessoas, porque, como na relação com o seu pai, tem medo que eu a mande embora.

Tipo 11 – Enfoque Afectivo:

C – Hoje também estive ansiosa antes de vir para o tratamento, mas agora estou a pensar que o que me põe ansiosa é o sair de casa.

T – Quer dizer que, quando sai de casa, seja para fazer o que for, fica sempre ansiosa?

Tipo 12 – Enfoque Semântico:

C – (Manifesta o seu receio de não suportar o ambiente profissional, cujo conteúdo está na «reformulação integradora das constantes afectivas».) (Continuação da interacção.)

T – E o pior que lhe pode acontecer é sentir-se mal e ter que sair da sala (auto-expressão do terapeuta).

C – Mas é isso que eu não quero que aconteça. Queria ser capaz de fazer tudo.

T – O que acha que lhe pode acontecer se perder esse sentimento de que é preciso ser capaz de fazer tudo?

Tipo 13 – Enfoque Vivencial:

C – (Respondendo ao enfoque semântico anterior) *Tenho muito medo de que me aconteça como da primeira vez, eu estava a ser seguida por esse tal médico, que também me dava medicamentos, mas então eu estava lá e o que é que acontecia? Passava um avião e eu punha-me a apontar para o avião mas não dizia nada do que estava a pensar, eu estava a pensar que eu tinha qualquer coisa a dizer ao mundo, que tinha que dizer ao mundo que o mundo ia acabar e os aviões eram sinónimo de, isto é uma confusão, da evolução da humanidade e do dito progresso que não leva a lado nenhum. E eu queria dizer isso mas não era capaz de dizer por palavras e então parecia uma tontinha a apontar;*

T – Como é que sente em si essa situação para que ainda hoje tenha medo dela?" (Caldeira & Dias, 1982, pp. 250-257)

Estes três últimos extractos aparecem, no discurso de Caldeira e Dias, separados da reformulação, embora estejam relacionados com ela. No artigo já referido, os autores apresentam, para além destes exemplos, vários comentários sobre os diferentes tipos de intervenção.

Para Bowen (1987), uma das discípulas directas de Rogers, o que desempenha um papel estruturante e maturativo na resposta de compreensão empática é o facto de, na passagem do "material" do cliente para o terapeuta e no seu subsequente regresso ao cliente, o que é expresso pelo terapeuta sofreu um certo enriquecimento dentro deste. Assim, este enriquecimento é da ordem da integração, o que era "fragmentado" será integrado, e, ao vivenciá-lo desta maneira, o cliente tomará inteira "possessão" de uma parte de si mesmo avançando, num aspecto integrador.

Na época em que o nosso interesse pelo conceito de *insight* e da sua importância para a mudança terapêutica e, também, em que a cultura psicanalítica tinha uma influência evidente na nossa maneira de estar e de pensar, tínhamos uma outra leitura da interpretação ou da intervenção/resposta de compreensão empática. Freud (1972) começou, num primeiro tempo, por tentar interpretar o que era inconsciente (o que é inconsciente passe a consciente); num segundo tempo, propôs que a interpretação se referisse não ao inconsciente mas ao pré-consciente, exigindo que fosse oportuna no tempo (*timing*). Não bastava que a interpretação estivesse correcta, mas, sobretudo, que fosse apresentada no bom momento, no momento adequado.

A intervenção terapêutica, naquilo que pode ter de *interpretação* (este conceito apareceu mesmo em Rogers e Kinget, 1971), pode gerar uma certa confusão, induzindo uma proximidade entre interpretação e resposta de compreensão empática. Nessa época, a resposta de compreensão empática parecia-nos uma interpretação, não do inconsciente ou pré-consciente, mas de algo que, sendo já de uma certa maneira consciente visto ser expresso mais ou menos explicitamente pelo cliente, não estava ainda à disposição do experienciar imediato do cliente.

Presentemente, pensamos que existe uma necessidade de clarificação dos conceitos e dos modelos, por considerarmos que a confusão dos registos semânticos é inoperante e a eficácia dos modelos está intimamente ligada à sua coerência interna. As noções de inconsciente, pré-consciente e consciente, tal como são teorizadas pelo modelo psicanalítico, não se adequam nem ao modelo, nem à linguagem, nem à filosofia do pensamento rogeriano. A sua utilização no

contexto da Terapia Centrada no Cliente ou da Abordagem Centrada na Pessoa torna confuso o discurso, aumentando a sua incongruência.

Parece-nos bastante interessante a evolução de Carl Rogers em relação à importância da "tomada de consciência", no processo terapêutico, e à complementaridade que progressivamente lhe reconheceu em relação ao experienciar.

Em vários domínios da ciência, o contributo da teoria quântica, muitas vezes utilizado como metáfora, ajuda-nos a apreender o que se passa noutros domínios. A tomada de consciência, o *insight* e o experienciar comportam-se como um par quântico, isto é, quanto mais há de um, menos há de outro, estando, contudo, ambos sempre coexistentes. Pode haver uma maior saturação num dos aspectos, havendo por isso menos do outro, mas os dois estão presentes em permanência no aspecto relacional.

O caminho percorrido por Rogers na complexificação deste conceito deve-se, em parte, à interacção com o pensamento de Gendlin (1978). Este, como já referimos, afirmava que o facto de o cliente se aperceber da compreensão empática, da congruência e do cuidado do terapeuta não era uma condição necessária à mudança terapêutica, na medida em que, mesmo sem ter percebido estas atitudes, o cliente pode experienciar mudanças terapêuticas. Assim, o acento não é posto na percepção das atitudes mas na indispensabilidade em experienciá-las. Do nosso ponto de vista, parece-nos pouco evidente como é que se podem experienciar a compreensão empática, o cuidado incondicional e a congruência, sem nos apercebermos das mesmas.

Gendlin, nesse mesmo texto, reafirmou a sua "filiação" a Carl Rogers e relembrou a importância da reformulação e da escuta empática, sublinhando a necessidade de estarmos conscientes quanto às diferenças de base dos nossos modelos filosóficos, comparativamente com outros, e do papel essencial do terapeuta em estar presente plenamente, como ser vivo, no trabalho terapêutico.
No contexto da aplicação de uma técnica como a do *focusing*, verifica-se que apesar de uma pessoa, mesmo sozinha, poder obter resultados favoráveis, a presença de alguém a seu lado, mesmo sem dizer ou fazer algo, permitirá um melhor funcionamento. A *presença* do outro é um elemento catalisador do *meu próprio* progresso.

Gendlin (1990) salientou a importância da resposta de compreensão empática no reajustar da percepção do terapeuta com a realidade da percepção do cliente, dizendo "eu seguirei o cliente onde quer que ele me leve e se isto é fazer algo pelo

cliente, então, eu estou contente" (p. 221). Nos relatos de Rogers, encontra-se com frequência a descrição destes aspectos, mas Gendlin sugere que nesse momento se passa algo de particular, há um degrau (*step*) que se ultrapassa: o cliente, em princípio, dá um suspiro de alívio, instala-se um silêncio simultaneamente apaziguador e construtivo, no qual a interacção continua. Houve uma resposta de compreensão empática, sentiu-se compreendido, houve ali uma sintonia entre a vivência do cliente e a vivência do terapeuta, e esse silêncio é um silêncio estruturante.

Não consideramos que Gendlin tenha desejado afirmar-se como fundador de uma escola ou de um modelo de psicoterapia diferente, nem sequer alternativo ao da Terapia Centrada no Cliente, antes pelo contrário, aquilo que nos é dado compreender é que pretendia utilizar o enfoque (*focusing*) como um desenvolvimento integrável, na sua opinião integrado, no quadro do modelo da Terapia Centrada no Cliente. Aliás, afirma que considera "a Terapia Centrada no Cliente como a coisa maior (...) o *focusing* é uma coisa pequena muito importante" (1990, p. 222).

Se a técnica do *focusing* pode aparecer como uma ajuda ao terapeuta, permitindo-lhe compreender a vivência do cliente numa situação de bloqueio e, consequentemente, desbloquear uma situação de aparente impasse, a posição de Rogers (1971) no que diz respeito às resistências do cliente parece-nos mais pertinente. Para este autor, as resistências têm um papel importante na economia e segurança psicológica do cliente e desaparecem por si-mesmas quando deixam de ser necessárias, desde que as condições adequadas estejam presentes na relação.

Na nossa perspectiva, o *focusing*, que pretendia ser uma outra forma de escutar, tornou-se numa técnica, tal como a repetição interactiva se tinha tornado uma técnica da não-directividade e, deste modo, a partir do momento em que se transformou numa técnica desencarnada e dissociada do espírito que a inspirava, houve, inevitavelmente, um desvirtuamento do essencial de que era portadora.

Alguns discípulos de Gendlin definem-se não como psicoterapeutas mas como professores de *focusing*. O meio de ajuda reificou-se, tornando-se um fim. Este artigo seminal de Gendlin que vimos citando parece-nos confirmar que, pelo menos para ele o *focusing* não aparece como uma finalidade em si.

Num texto publicado postumamente, Rogers (1987b) afirma que "houve uma época em que acreditava que o *insight* propriamente dito era o tal elemento crucial. Deixei há muito tempo de ter esta visão (…)", e continua "(...) tenho frequentemente falado como se a relação fosse este elemento crucial" (p.13), e nesta continuidade desenvolve o conceito que considera fundamental designado de momentos de movimento, ou seja, "(…) posso formular a hipótese de que a terapia é constituída por uma série de momentos de movimento" (p.15). Como ilustração dá um exemplo: "(a cliente diz, chorando baixinho) *sabe, é uma coisa quase física, é como se estivesse a olhar de mim mesma e veja uma série de terminais nervosos e partes de coisas que têm sido, de uma certa maneira, aguçadas*, o terapeuta diz, *como se alguns aspectos mais delicados estivessem quase fisicamente amassados, amachucados*; responde a cliente, *sim, tenho aquele sentimento... oh! Coitadinha de mim*; diz o terapeuta, *você não pode evitar isso, mas sim sentir-se profundamente pesarosa pela pessoa que é!*" (pp. 14,15).

Para Rogers (1987b), estes movimentos "constituem o elemento mais crucial ou mais essencial à mudança de personalidade" (p. 19). Segundo o autor, quando um sentimento previamente negado é vivido plena e completamente, tanto ao nível da expressão como no da consciência, e é aceite, ao invés de ser considerado como algo errado ou ruim, ocorre uma mudança fundamental e irreversível.

Sintetizamos o seu pensamento da forma seguinte: primeiro, o que se passa é algo que ocorre no movimento existencial, não é um pensamento acerca de algo, mas uma experiência de qualquer coisa que ocorre nesse instante da relação; segundo, é uma vivência que não tem barreiras, inibições ou qualquer tipo de impedimento; terceiro, é, em certo sentido, uma vivência que foi repetida diversas vezes no seu passado, mas que nunca tinha sido completamente vivenciada; quarto, esta vivência tem a qualidade de ser aceite. Rogers (1987b) defende como hipótese que cada vez que uma experiência ocorre em terapia e contém estas quatro qualidades psicológicas surge o momento de mudança na personalidade.

Referindo-se ao exemplo dado, Rogers considerou ter sido vivenciado um sentimento que era novo para o cliente. Ao tentar definir estes momentos, não equacionou que tenham necessariamente relação com sentimentos sexuais ou negativos, nem sequer com tabus sociais. Ele afirmava que, quando se inicia a terapia, as pessoas começam por dizer aquilo que é negativo e só depois de exprimi-lo é que aparecem os sentimentos positivos. Uma vez vivenciados completamente tais sentimentos, podem surgir vários *insights*, embora pareça que

essa mudança de percepção e relacionamento pode ser mais uma consequência do que uma característica primordial. Quando o cliente vivencia a segurança e o calor da relação terapêutica, quando sente que é estimado empaticamente pelo terapeuta, então, existem as condições para que os momentos cruciais da terapia ocorram. Rogers afirmava, mesmo, que nestes momentos cruciais acontecem algumas mudanças fisiológicas definitivas. No nosso entender, esta afirmação é um ponto de partida para futuras investigações.

No artigo acima referido, é colocada a hipótese de que esses momentos de mudança de personalidade possuem características passíveis de serem definidas e verificadas de maneira experimental, quantitativa. Nesses breves períodos, existe uma vivência imediata e existencial de unidade, ou de totalidade, na medida em que uma emoção/sentimento existente no sistema fisiológico do cliente é equiparada a uma representação simbólica dessa emoção/sentimento na consciência e, consequentemente, aceite como parte da personalidade total. É um momento muito importante e muito denso, é o momento de integração acompanhado por um sentimento de totalidade.

Voltamos assim à "totalização" de Sartre (1963, citado por Caldeira & Dias 1982), cujo conceito, na nossa perspectiva, pode ser traduzido como – aquilo que é percebido em «mim» como parcial é integrado na totalidade.

Assistimos, com a evolução do pensamento de Rogers, a uma desmistificação da reflexão de sentimentos (*reflexion*). Esta deixa de ter um valor mágico em si, não é o motor da mudança, mas esse motor está em "qualquer outra coisa", provavelmente nos silêncios de que fala Gendlin, simultaneamente na tomada de consciência e no experienciar. Esta totalização/integração é qualquer coisa que tem a ver com o corpo, nós vivemos com o corpo, nós somos corpo na totalidade da experiência organísmica.

Assim, retirado o aspecto mágico que a resposta de compreensão empática poderia apresentar, sobretudo para os terapeutas mais novos ou em iniciação, é indispensável *re-s*ituá-la. A resposta de compreensão empática tem a função fundamental de manter a relação, a presença, a compreensão do outro a partir do seu quadro de referências interno, estando presente na relação de uma maneira autêntica, o que permite ao cliente sentir e perceber que o compreendemos e, consequentemente, possibilita-lhe a integração necessária, tendo como resultado experienciar, com compreensão, o *insight* da vivência.

Capítulo IV

A Terapia Centrada no Cliente e seus Limites

Na sua obra *The Therapeutic Relationship and its Impact* (1967a), Rogers propôs a existência de seis condições necessárias e suficientes para que possam surgir mudanças estruturantes e terapêuticas na pessoa. Este postulado[1] apareceu como consequência de um longo trabalho de investigação utilizando a gravação magnética de psicoterapias e a análise posterior da transcrição de fragmentos significativos. À partida, o autor, dentro de um espírito empirista e pragmático, procurava encontrar os elementos terapêuticos comuns nas diferentes técnicas psicoterapêuticas. Contudo, ele lançava as bases de uma nova abordagem terapêutica, que, após ser chamada Não-directiva, passou a denominar-se Centrada no Cliente, coexistindo hoje em dia com a designação de Abordagem Centrada na Pessoa.

A proposta de Rogers, relativamente às seis condições necessárias e suficientes, serviu de ponto de partida para um número significativo de trabalhos de pesquisa quer ao nível da sua verificação experimental quer na exploração das fronteiras das suas aplicações.

Digamos que o mito do "meta-modelo", do "comum-para-além-de", ainda hoje perdura, como o provam os percursos de Bandler e Grinder (1975). A partir da gramática transformacional de Chomsky (1957), estes autores vão analisar transcrições de terapias de líderes de escolas terapêuticas, tais como, Perls (1973), Satir (1972), Erickson (1967), considerados terapeutas "*superstars*

---

[1] Este postulado já tinha sido, pela primeira vez, proposto por Rogers (1957) num artigo intitulado *The Necessary and Suficient Conditions of the Therapeutic Personality Change*, como sendo aplicável a todos os modelos terapêuticos. Contudo, num outro artigo (1959), restringiu-o ao campo da terapia centrada no cliente.

carismáticos" (p. 5), com o objectivo de encontrarem o "elemento-estrutura" comum na prática da relação terapêutica. Apesar de afirmarem "não ter existido a intenção de começar uma nova escola de terapia" (1976, p. 195), acabam por lançar, através de *The Structure of Magic II* (1976), as bases de uma nova abordagem terapêutica hoje conhecida como Programação Neurolinguística. Consideramos que existem outras correntes modernas que se inscrevem na mesma intencionalidade, como, por exemplo, a Psicoterapia Integrativa (Erskine & Moursund, 1988).

No *Journal of Counsulting Psychology* (1957), Rogers elaborou o desenvolvimento da relação terapêutica, e explicitou com algum detalhe as seis condições necessárias e suficientes para uma mudança terapêutica, já enumeradas no capítulo II.

Para o autor, três destas condições são da "responsabilidade" do terapeuta: a *congruência* do terapeuta no aqui e agora do encontro terapêutico, o seu *cuidado incondicional positivo* sobre o cliente e a sua *compreensão empática* do quadro de referências do cliente; duas dependem simultaneamente do cliente e do terapeuta: o *estar-em-contacto-psicológico* e o *conseguir minimamente comunicar ao cliente a compreensão empática e o cuidado incondicional positivo*; uma depende, pelo menos à partida, exclusivamente do cliente: estar em *incongruência*, estando vulnerável ou ansioso.

A congruência[2] aparece como o garante, quer para o cliente quer para o terapeuta, do maior espaço possível para se ser *si-mesmo*.

O cuidado incondicional positivo é uma consideração, uma aceitação do cliente e do seu discurso, sem juízos de valor, facilitadora da autonomização do Outro, permitindo-lhe criar e dirigir a sua própria experiência na resolução ou não-resolução dos seus conflitos. Significa aceitar o Outro com os seus sentimentos, as suas emoções, o seu raciocínio como pessoa-totalidade, no seu "estar-no-mundo", apesar do desacordo que, eventualmente, podemos ter quanto aos nossos projectos pessoais. É aceitá-lo no ritmo de mudança que ele próprio escolher, ou mesmo sem mudança ou, ainda, no caminho que ele próprio traçou e que é diferente do nosso. O cuidado incondicional pelo Outro significa uma consideração, uma relação de equivalência, e não de poder, num clima de carinho e de calor acolhedores, uma escuta do Outro como ser real concreto, na sua

---

[2] Conceito já desenvolvido no capítulo II

diferença, mas sem comparações normativas nem interpretações. Ao "parecer" aceitar o Outro, quando, talvez "apesar de mim mesmo", estou a estabelecer no "meu" (terapeuta) espírito juízos de valor, introduzo a inconsequência na relação, tornando-a ineficaz e, "enganando-me a mim próprio", interiorizo em "mim mesmo" a contradição, criando assim a incongruência em "mim".

A compreensão empática é um processo dinâmico que dá ao terapeuta a capacidade de penetrar no universo perceptivo do Outro estando, em permanência, sensível à mobilidade das vivências e da sua significação. É um "poder mover-se" dentro do universo do Outro, delicadamente, sem julgamento, tomando consciência de sentimentos de que ele ainda não se apercebeu, mas sem desnudar o que ainda está velado, respeitando o ritmo das descobertas próprias e mantendo, permanentemente, uma abertura total ao "espanto" e à criação.

A empatia significa perceber os quadros de referências internos do Outro, os seus movimentos e o seu universo semântico. Significa "sentir" a tristeza e a alegria do Outro como se fosse o Outro, mas não como sendo a nossa própria tristeza ou alegria, pois que, neste caso, a relação desaparece na identificação-fusão e, com ela, desaparece também a possibilidade de ajuda. Significa escutar sem *pré-conceitos*, sem ter um modelo pré-concebido ao qual o cliente se deva reduzir. É estabelecer elos, vínculos de sujeito-a-sujeito, de pessoa-a-pessoa, e não de sujeito-a-objecto. É estar em toda a plenitude no aqui e agora do encontro, facilitador de mudança, sem se substituir ao Outro como centro de avaliação, de decisão e de escolha.

Após a descrição minuciosa do que entendemos por compreensão empática, podemos, contudo, pôr a seguinte questão: *mas que significa para mim o discurso do Outro?*

O sentido do discurso nem sempre é claro, pois as gírias raramente ultrapassam fronteiras temporais e geográficas e, por outro lado, ele está em constante evolução, não sendo sujeito às regras linguísticas tradicionais. Como ilustração, damos o seguinte exemplo: quando um cliente fala num *charro,* não está forçosamente a referir-se a um gracejo ordinário ou grosseiro, como se lê no dicionário, ou quando fala em *chutar* não está a referir-se a um pontapé. Então, a relação empática significa ainda transmitir ao Outro de maneira adequada a nossa percepção do seu universo e da sua "maneira-de-estar-no-mundo", reajustando em permanência a precisão da nossa compreensão pela intervenção, compre-

endendo com ele os significados possíveis da sua vivência e acompanhando-o na reestruturação do seu sistema de referências.

A empatia exige um trabalho pessoal de análise do universo do Outro visto da sua subjectividade, o «para si» do outro, como diz Caldeira (1979, p. 59), ao expor o seu modelo de sistema sócio-antropológico, mas exige também um importante trabalho pessoal para conhecer o «em si» do mesmo universo, a outra face da moeda, o sistema sócio-antropológico visto de uma certa «objectividade científica».

As três condições dependentes do terapeuta, podem, à primeira vista, não parecer variáveis muito importantes a considerar. Os terapeutas por princípio são «pessoas bem intencionadas», investindo muito na relação de ajuda e sempre prontos, através de uma formação de base e contínua, a «actualizar as suas competências». A experiência mostra, contudo, que essas atitudes não são sempre fáceis de integrar e que certos grupos de clientes põem, até aos terapeutas mais competentes, problemas por vezes difíceis de ultrapassar.

No III Fórum Internacional sobre a Abordagem Centrada na Pessoa, realizado em La Jolla (1987), discutia-se, em dado momento, a situação difícil vivida por alguns dos participantes presentes que habitavam no Chile. Um terapeuta, personagem central do movimento rogeriano mundial e de reconhecida competência teórica e prática, confessava humildemente a sua incapacidade para cuidar de maneira incondicional positiva o ditador na altura no poder, no caso «impensável» de este pedir ajuda psicoterapêutica.

A dificuldade de ter um cuidado incondicional pelo cliente, como no exemplo acima citado, é na maior parte dos casos fruto de uma confusão feita entre o cliente e os seus actos. Aceitar um transgressor não é aceitar a transgressão, mas aceitar a pessoa do transgressor como um Humano, sujeito-objecto possível de evolução estruturante e libertadora. Os teólogos exprimem este conceito na «afirmação de fé»: *Deus ama o pecador, mas não o pecado*. Aceitar o Outro diferente, mas semelhante a nós pela cultura, pela partilha dos mesmos valores morais e sociais, pode-nos colocar algumas dificuldades. Mas não tem, certamente, comparação com a que nos põe a aceitação daquele que contesta os nossos próprios valores, que nos intranquiliza pelo sentimento de destruição do nosso quadro social, que nos faz questionar sobre a nossa segurança, física, ética, psicológica, social, pelo risco que sentimos de uma possível destruição daqueles que nos são próximos.

Consideramos ser indispensável uma explicitação clara do quadro de intervenção, uma diminuição tão grande quanto possível das nossas próprias ambiguidades e ambivalências, na clarificação dos nossos critérios e valores, na integração possível destes mesmos critérios e valores no nosso «estar-no-mundo». Só assim nos parece ser possível criar a confiança indispensável em nós próprios para nos poder posicionar face ao Outro radicalmente diferente sem julgamento de valores, com um cuidado incondicionalmente positivo e em congruência connosco próprios.

Um outro aspecto a sublinhar é a dificuldade do terapeuta na compreensão empática do Outro radicalmente diferente, com a sua cultura diferente e «língua diferente», nomeadamente, quando utiliza os mesmos semantemas em registos semânticos diferentes, os mesmos significandos com significados diferentes. O terapeuta necessita de possuir uma cultura antropológica sólida, sobretudo no campo da antropologia da modernidade e da antropologia dos comportamentos transgressores e desviantes.

Rogers (1967a) demonstra que as características do cliente/doente influenciam a qualidade da relação que se forma entre ele e o terapeuta, e acrescenta que as raízes sócioculturais comuns são, indiscutivelmente, um factor favorável.

A segunda das condições, já atrás mencionadas, depende exclusivamente do «cliente»: *a primeira pessoa, que chamaremos cliente, está em incongruência, estando vulnerável ou ansioso*. Apresentaremos seguidamente uma ilustração da situação em que o cliente pode ter dificuldade em se sentir ou assumir a incongruência.

Todas as escolas de psicoterapia que introduziram a obrigação para os seus futuros terapeutas de uma psicoterapia pessoal, quer ela seja dita didáctica, ou dissolvida no conceito mais brumoso de trabalho de desenvolvimento pessoal, foram confrontadas com as ambiguidades e ambivalências do «tratar» quem não se nomeia, nem se sente ou considera doente. E nomear-se cliente, em vez de doente, parece-nos, neste caso, mais uma pirueta para escapar ao problema do que um verdadeiro progresso na solução do problema. É provável que impor esse constrangimento seja introduzir uma incongruência no candidato, criando-lhe a tal vulnerabilidade a partir da qual a «mudança estruturante» é possível. Todos nós sabemos, alguns por experiência pessoal, quão longo pode ser esse período que podemos chamar de «pré-terapia».

Thorne (1968), na obra *Specialized Methods of Counselling and Psychotherapy,* sugeria já a possibilidade de o terapeuta induzir o conflito no cliente como técnica

de motivação no tratamento e, mais cedo ainda, Anna Freud (1974) fez uma proposta semelhante, como apresentaremos mais adiante. Consideramos que a noção de pré-terapia integra um instrumento conceptual nodal, indispensável sobretudo no campo do tratamento de certas populações, que, apesar de se nomearem clientes ou talvez mais correctamente dito «utentes», nos procuram mas não se consideram doentes, nem se sentem incongruentes ou vulneráveis, surgindo a incongruência, sobretudo, como uma característica do *mundo-outro* que os rodeia.

No fim dos anos cinquenta e princípio dos anos sessenta, Rogers (1967a) realizou uma pesquisa com o objectivo de verificar várias hipóteses relacionadas com as três atitudes básicas da relação terapêutica. No estudo, pretendia-se comparar a evolução em psicoterapia de um grupo de pacientes diagnosticados como esquizofrénicos crónicos, um grupo de pacientes diagnosticados como esquizofrénicos agudos, um grupo de neuróticos, um grupo de pessoas ditas normais e um grupo de controlo. Uma das hipóteses formulada afirmava que as mesmas variáveis do processo terapêutico caracterizam o comportamento quer na terapia dos doentes esquizofrénicos agudos, dos esquizofrénicos crónicos, dos neuróticos, quer das pessoas (ditas) normais. Esta hipótese foi confirmada experimentalmente, se bem que a evolução dos doentes esquizofrénicos estava mais focalizada no desenvolvimento da relação do que na auto-exploração, a qual podia mesmo nunca aparecer como elemento proeminente da terapia, como acontecia com os doentes neuróticos.

Segundo Rogers, os terapeutas foram confrontados com uma dificuldade inesperada:

> (…) eram noviços na tarefa de entrar em relação com indivíduos que não tinham pedido ajuda. Os terapeutas eram menos expressivos, menos hábeis para iniciar uma relação significativa, do que mais tarde foram capazes. Falhámos no comunicar aos sujeitos [normais][3] as possibilidades que esperávamos que eles descobrissem numa relação expressiva. (...) Os terapeutas tiveram que fazer face a muitos problemas difíceis para estabelecer uma relação quer com os esquizofrénicos hospitalizados quer com as pessoas [normais][4], sendo estes dois grupos formados por pessoas que não procuravam ajuda (1967c, p. 67).

---

[3] Parêntesis do autor.

[4] Idem.

Gendlin (1967a), que também colaborava neste projecto, fez o seguinte comentário: "(…) o início da terapia é extremamente difícil com doentes desconfiados, que desinvestiram a realidade, que estão desencorajados, amedrontados. Tais pacientes precisam de ver e ouvir o relacionamento terapêutico com outros pacientes, aproximarem-se e afastarem-se repetidamente antes de poderem assumir experimentar eles mesmos uma relação (…)" (p. 526).

Patterson (1990) fez também uma análise do problema dos clientes denominados por ele de *não-voluntários,* tal como os participantes do estudo acima referido que não pedem ajuda ou mesmo a rejeitam da maneira como lhes é oferecida, nomeadamente, certas populações marginais e/ou delinquentes. Na sua perspectiva "o cliente *não-voluntário* não pode ou não quer reconhecer a necessidade de aceitar a compreensão, o interesse e o cuidado do terapeuta. Não pode ou não quer confiar no terapeuta" (p. 316).

Neste caso, a dificuldade da intervenção terapêutica está correlacionada com a manutenção da última das seis condições necessárias e suficientes. Na opinião de Patterson, "a única solução para o problema parece ser a oferta persistente das condições (necessárias e suficientes) até que, pelo menos nalguns casos, elas sejam apreendidas e aceites pela pessoa a quem são oferecidas, e que então [e só então] se torna um cliente" (p. 320). A proposta deste autor parece-nos a introdução implícita da noção de pré-terapia, que já atrás referimos, com o significado de uma *presença* dentro de um certo quadro e em condições bem definidas de facilitação. Uma pré-terapia conseguida será o que permitirá ao utente tornar-se, eventualmente, cliente e entrar em terapia. Neste sentido, urge a necessidade de conceptualizar a pré-terapia como sendo uma forma específica e codificada, considerando-a como uma terapia aplicável em certas condições ou com certos clientes (ex. populações toxicodependentes ou com outros comportamentos ditos desviantes ou transgressores).

As dificuldades enumeradas por Patterson estão em consonância com as apresentadas por Rogers quando refere os resultados da pesquisa acima mencionada e que são expressas do seguinte modo: "(…) os nossos doentes esquizofrénicos mostravam em geral um baixo nível de empenho no processo de mudança e estavam de maneira evidente afastados do seu próprio experienciar" (Rogers, 1967b, p. 79). "A ausência de motivação consciente constitui um problema muito profundo (...). Há uma grande diferença entre trabalhar com um cliente conscientemente motivado, quer seja neurótico ou psicótico, e trabalhar

com uma pessoa que não tem tal motivação consciente, quer seja uma pessoa normal, neurótica ou psicótica (...). A ausência de desejo consciente de ajuda é um desafio maior para o terapeuta que a presença de psicose (...) uma relação com um tal indivíduo pode tornar-se psicoterapia quando ele escolhe procurar ajuda". (Rogers & Stevens, 1968, pp.183, 184).

Anna Freud (1974) foi uma das primeiras autoras que, do ponto de vista teórico e da prática terapêutica, se interessou pelo problema dos clientes *não-voluntários* e/ou não motivados. Partilhando a sua experiência e referindo-se à criança que vem para tratamento sem o ter pedido e a quem nem tão-pouco foi pedido o acordo ou opinião, a autora comenta: "(...) falta tudo o que no caso do adulto parece indispensável[5]: *insight* na doença, decisão voluntária e o desejo de ser curado" (p. 6). A criança é um *cliente não-voluntário*, não-motivado, não-consciente da natureza da sua doença e mesmo da realidade desta. Chega à consulta não percebendo porque está ali, situação muito próxima, senão semelhante, à referida por Rogers no caso dos doentes esquizofrénicos crónicos, das pessoas ditas "normais" e à situação da maioria da população de utentes toxicodependentes ou com comportamento dito transgressor ou desviante.

A autora supracitada, propunha uma fase de pré-terapia a que chamou de *preparação para a terapia*. "Um período de *breaking the child in*, para tornar o cliente 'analisável' ou susceptível de ser tratado, converter uma situação que não é adequada, numa situação desejável. Quanto mais afastado estiver o estado da criança da condição adequada mais longo será o período preparatório" (p. 7). Esta psicanalista indica um certo número de técnicas que eram utilizadas, exemplificando-as da seguinte forma:

– Estabelecer um paralelo com a situação de outros clientes que o cliente conhece e nos quais o cliente reconhece a existência de dificuldades que justificam um tratamento;
– Fazendo referência a Aichhorn (1931) e à sua experiência com crianças delinquentes, propõe "tomar de início o partido da criança assumindo que a atitude desta face ao ambiente-contexto é justificada" (Freud, 1974, p. 10). Só assim se consegue, diz ela, "trabalhar com a criança e não contra ela" (Freud, 1974, p. 10), numa atitude de acompanhamento, de escuta e de aceitação do cliente;

[5] O itálico é do autor.

– Utilização de uma imagem especular que poderíamos chamar empática (o termo inglês "reflection" utilizado, neste caso, por Anna Freud é o mesmo que, na terminologia rogeriana, é traduzido, em português, por resposta de compreensão empática) e exemplificando: "Se ele chegava à entrevista alegre eu, também estava alegre, se ele estava sério e deprimido, eu agia com um ar grave. Se ele preferia passar a hora debaixo da mesa, eu fazia como se isso fosse a coisa mais natural do mundo, levantava a toalha da mesa, e falava debaixo da mesa" (Freud, 1974, p. 12);
– Mostrar-se forte e interessante: "Se ele fazia caretas, eu fazia ainda melhores, se ele me desafiava para experimentar forças eu mostrava-me incomparavelmente mais forte" (Freud, 1974, p. 12);
– Mostrar-se útil: "Eu mostrei-me útil de várias maneiras, escrevendo-lhe cartas à máquina. No caso de uma menina pequena (...) fazia renda e malhas durante as sessões e gradualmente vesti todas as suas bonecas e ursos de peluche (....), além de uma companhia útil e interessante tornara-me uma pessoa muito poderosa, cuja ajuda ela já não podia mais dispensar" (Freud, 1974, pp. 12, 13);
– Provocar angústia, explicitar conflitos: "Adoptei uma técnica não muito honesta pondo-o em conflito com esta parte da sua personalidade (referindo-se ao sintoma "ego-sintónico" do cliente) (....) Num outro caso (...) separei todo o «lado mau» dela personificando-o num nome específico. Isto teve sucesso na medida em que ela começou a queixar-se-me desta nova pessoa, obtendo assim uma tomada de consciência do sofrimento que este seu aspecto lhe provocava" (Freud, 1974, p. 15);
– Manipular as relações no contexto: " (...) eu entrei numa batalha para minar a influência da ama na criança" (Freud, 1974, p. 16).

Anna Freud propôs que não só no caso das crianças um tal *período preparatório* ou pré-terapia estaria indicado, mas também no caso dos adultos que apresentam certas patologias e analogias de comportamento ou de situação com as crianças. Por exemplo, no tratamento do doente gravemente deprimido, pode haver um período de pré-terapia "durante o qual, o analista ao encorajar e mostrar a sua simpatia com as necessidades pessoais do paciente tentará despertar neste o interesse e a decisão para o trabalho analítico" (Freud, 1974, p. 21).

Assim "oferecer uma impressionante interpretação de um sonho," (Freud, 1974, p. 21) para interessar o cliente, "mostrando a sua força", "apoiá-lo, aceitar a sua versão em todos os conflitos com a família (...) tornarmo-nos interessantes e úteis" (Freud, 1974, p. 22) ser consciente e utilizar a "parte que joga o poder e a autoridade exterior do terapeuta, justificada pela posição que este ocupa no mundo e a atitude dos outros, pessoas normais, para com ele (...)", "(…) seriam elementos dum período preparatório semelhante no tratamento dos adultos" (Freud, 1974, p. 22), e tanto mais quanto "o doente adulto em causa for ainda imaturo e dependente estando assim neste aspecto mais próximo da criança que do adulto" (Freud, 1974, p. 23).

Todas estas técnicas nos continuam a ser familiares, mesmo que na maior parte das vezes já tenhamos esquecido a sua longínqua origem teórica e as utilizemos de maneira mais ou menos intuitiva.

Para outros autores, tais como Gendlin (1967a), que colaborou no projecto de Wisconsin, ou Prouty (1990), que analisou em profundidade os resultados deste estudo, as dificuldades encontradas pelos terapeutas, no projecto, estavam relacionadas com a primeira das seis condições necessárias e suficientes, o *contacto psicológico entre o cliente e o terapeuta*.

Carl Rogers nunca elaborou a noção de contacto psicológico de maneira tão completa como o fez para as três atitudes básicas do terapeuta. Contacto psicológico, diz Rogers (1967a), "significa a presença do mínimo essencial de relação, nomeadamente, que cada um signifique uma diferença apreendida ou 'subapreendida' no campo experiencial do outro. Ela pode ser mínima e não aparente imediatamente para um observador" (p. 99).

Gendlin (1967b) fez algumas considerações sobre as dificuldades encontradas para estabelecer o contacto com alguns dos participantes no Projecto do Wisconsin e expôs algumas das suas atitudes para desenvolver o contacto, tais como, o "tocar, mas de uma maneira que não possa ser fonte de confusão, sexualizada ou amedrontadora (…)". "Num certo momento o terapeuta pode mesmo ter oferecido um cigarro ao doente, cigarro que mais tarde provavelmente recusará poderá emprestar, numa ocasião, dinheiro ao doente sem pôr questões enquanto que num tempo posterior porá exigências para um novo empréstimo (…)" (p. 384).

Prouty (1990) fez uma análise extensa e interessante do Projecto do Wisconsin. E sublinhou que os resultados daquela pesquisa tinham mostrado essencialmente que:

"1 – Qualquer que seja a realidade das atitudes do terapeuta, os doentes tinham tendência a apreender níveis baixos destas condições;
2 – Não houve diferença significativa na evolução do processo experiencial durante a terapia no grupo esquizofrénico que fosse função das atitudes do terapeuta;
3 – Não houve diferença significativa na evolução do processo experiencial entre o grupo de controlo e o grupo de tratamento" (p.645).

Gendlin (1967b) refere que a pobreza dos resultados levou a equipa a reflectir e questionar-se sobre qual teria sido o efeito terapêutico para os doentes de receberem, em vez da terapia, os onze mil dólares que esta tinha custado.

Prouty (1990) salienta: "Contudo, cada vez que houve evolução no processo experiencial, esta evolução foi resultado das atitudes do terapeuta (…)" e "(…) os clientes recebendo os mais altos níveis de relação terapêutica, mostraram a maior redução na patologia esquizofrénica (...) e mostraram uma taxa de altas ligeiramente melhor, assim como melhorias nos protocolos do T.A.T." (p. 645).

Tsanika (1987, citado por Prouty, 1990) ao rever os resultados da pesquisa em questão indica que "os indivíduos severamente perturbados têm dificuldade em se aperceberem da compreensão empática e do cuidado incondicional positivo do terapeuta. O contacto empático não se estabelece e o processo terapêutico é entravado" (p. 646). Prouty assinala que já Rogers falara da "tendência dos esquizofrénicos para evitarem a relação, quer pelo silêncio quase completo (...) quer pela inundação de palavras, igualmente efectiva para impedir um real encontro", e introduz a necessidade de métodos possibilitando "uma pré-relação ou um pré-experienciar" (Rogers, 1972, citado por Prouty, 1990, p. 646).

No artigo já citado e na continuação de Peters (1986) e de Merleau-Ponty (1962), Prouty (1990) desenvolve a noção de contacto psicológico, a primeira das seis condições necessárias e suficientes propostas por Rogers para observar mudanças terapêuticas, sugerindo que, nos doentes esquizofrénicos, existe: 1 – Uma deficiência no contacto com a realidade, impedindo a partilha com o terapeuta de um mútuo *hic et nunc*; 2 – Uma deficiência no contacto afectivo impedindo o acesso aos sentimentos e emoções; 3 – Uma deficiência no "contacto de comunicação" impedindo a expressão verbal.

Muito provavelmente, a mesma análise é válida para um certo número de outros utentes, gravemente perturbados ao nível da sua capacidade relacional como é frequentemente o caso na toxicodependência.

Assim, um *contacto com a realidade* (com o mundo), um *contacto afectivo* (com o *Self*) e um *contacto comunicativo* (com o Outro) são "pré" condições para que a terapia se torne funcional, desabrochando no contacto psicológico com o mundo, com o *Self* e com o Outro.

Prouty (1990) define o "contacto psicológico como um conjunto de técnicas terapêuticas (reformulações de contacto); de funções psicológicas necessárias para que a terapia aconteça; de comportamentos emergentes mensuráveis." (p. 648)

Ele apresenta, assim, a Pré-terapia como uma teoria e uma metodologia de intervenção que permite a restauração do contacto psicológico necessário para a terapia.

As técnicas terapêuticas utilizadas (ou deveríamos antes chamá-las pré-terapêuticas?) são as reformulações de contacto que este autor classificou em cinco tipos: 1 – *Situação*, facilitando a restauração e desenvolvimento do contacto com a realidade inserindo-o no seu contexto de realidade imediata; 2 – *Faciais*, desenvolvendo e restaurando o contacto afectivo pela explicitação do afecto implícito na face do cliente; 3 – *Verbais*, desenvolvendo e restaurando o "contacto comunicativo" pela utilização das produções de comunicação verbal do cliente; 4 – *Corporais*, desenvolvendo uma generalização do contacto no "aqui e agora" através do *corpo-sentido,* e na reformulação de movimentos e posturas mais ou menos bizarras; 5 – *Reiterativas*, desenvolvendo o contacto pela repetição de reformulações que se mostraram previamente eficazes.

Das funções de contacto, o contacto com a realidade (com o mundo) define a consciência das pessoas, coisas, lugares e acontecimentos; o contacto afectivo (com o S*elf*) define a consciência dos sentimentos, estados de espírito e emoções; e o contacto de comunicação define a capacidade de simbolizar para os outros a consciência que o cliente tem da realidade e da afectividade. A emergência de comportamentos de contacto deveria ser a continuação lógica dos desenvolvimentos precedentes, expressando o cliente um maior contacto com a realidade do mundo-exterior, com a realidade do seu mundo-interior (afectivo) e com a realidade do mundo do Outro.

A digressão por noções de "pré-terapia" tão díspares como as de Anna Freud (1974), de Prouty (1990) e de Patterson (1990), que vão desde uma atitude de

sedução a uma atitude estruturada de intervenção, passando por aquilo que poderia parecer uma presença calorosa, mas passiva "à espera de dias melhores", é susceptível de deixar planar um sentimento de confusão, desânimo, talvez mesmo de tédio. Raramente foi exaltante um trabalho em que a percentagem de sucessos quase nunca ultrapassa os 30% e em que os terapeutas são permanentemente confrontados com o sentimento de impotência, que tem tendência a crescer à medida que a estimulação do desafio se esgota na repetição do insucesso.

Um dos aspectos trágicos do fenómeno da toxicodependência é a experiência repetitiva do "paradigma do funil": um funil é um objecto que sendo largo à partida, se vai estreitando progressivamente até terminar num orifício de diâmetro muito reduzido, através do qual é possível fazer passar gota a gota, mais ou menos da mesma cor e mais ou menos do mesmo volume, o líquido resultante de uma multiplicidade de líquidos de cores diferentes desde que sejam miscíveis. Quando se vê um toxicodependente, ou um alcoólico (outra forma mais tradicional de toxicodependência), no princípio da sua "carreira", na sua fase inicial de "namoro", ou mesmo de "lua-de-mel" com a substância de adição, somos confrontados com uma riqueza de diversidades, de personalidades, mesmo de patologias. Com os anos, a riqueza da diferença vai-se esbatendo para desaparecer progressivamente. A regularidade dos fenómenos biológicos, dos efeitos psicológicos, ou, talvez melhor dito, da evolução biopsicossocial, instala-se gradualmente e, no empobrecimento gradual da evolução, vamos encontrar os nossos utentes, "clientes-potenciais", cada vez mais profundamente mergulhados no funil, até não encontrarmos à saída do funil senão certos modos de funcionamento estereotipados, que nos levam a maior parte das vezes a acabar por "crer" na homogeneidade do toxicodependente.

José é um homem que tem aproximadamente 25 anos e que se injecta regularmente com heroína há meia dúzia de anos. Vem consultar espontaneamente de maneira mais ou menos anónima, pedindo ajuda. Está apaixonado por uma rapariga que não sabe que ele é toxicodependente e gostaria de fazer um projecto de vida com ela. Para ele é muito importante que ela não descubra a sua dependência e, ainda mais, poder abandonar essa dependência. Organizamos uma passagem pela clínica que dirigíamos e onde ele foi fazer uma desintoxicação sem ajuda de medicação. Continua inserido sócio-profissionalmente e, à saída das "férias" da clínica, retoma o seu trabalho. O essencial do tratamento foi, para além do apoio da comunidade terapêutica, uma terapia breve de uma dúzia de sessões. Quando deixámos a região,

três ou quatro anos mais tarde, ele parecia continuar solidamente instalado na abstinência e inserido no seu contexto sócio-profissional e familiar.
Catarina é uma mulher de 42 anos, professora de liceu e casada com um professor universitário, mãe de duas crianças em idade escolar. No princípio do casamento, é ela que mantém economicamente a família com o seu trabalho de professora, enquanto o marido continua os estudos. Alguns meses após o marido lhe ter falado da relação extraconjugal que mantém e do desejo de se separar dela (o que aliás fará, embora regressando rapidamente ao lar sem contudo abandonar a relação), Catarina faz uma tentativa de suicídio com os gases do motor do carro. É hospitalizada no serviço universitário de psiquiatria onde, num ano e meio, fará três curtas hospitalizações por depressão com risco de suicídio e alcoolização secundária grave, que se instala rapidamente na sequência do conflito conjugal. A farmacoterapia, incluindo o Dissulfiram, é ineficaz, sobretudo para impedir a alcoolização quase permanente da doente, e o marido é, de maneira geral, felicitado pela sua dedicação e paciência.
Espontaneamente ela vem consultar-nos, entra em psicoterapia ao ritmo de duas sessões por semana, sem apoio medicamentoso. O tratamento durou seis meses, a doente conseguiu um controlo perfeito do seu consumo de álcool, impondo em contrapartida uma dinâmica diferente no sistema familiar com abandono da relação sadomasoquista habitual com o marido, não o reconhecendo mais no papel de vítima em que ele se declarara. Actualmente, 13 anos após o fim do tratamento, o equilíbrio da doente parece manter-se.
Bernardo é um artista gráfico de 43 anos. Bernarda, a sua companheira, mais nova do que ele e também artista gráfica de reconhecido talento, mas muito insegura, consulta-nos porque está preocupada pela sua dificuldade em manter a fidelidade conjugal, aceitando o companheiro cada vez com mais dificuldade os seus abandonos, após os quais regressa, alguns dias ou semanas mais tarde, muito culpabilizada pela sua atitude. Ela gostaria de fazer projectos de futuro, inclusive de maternidade, projectos que nessas condições parecem difíceis de realizar. Progressivamente, na terapia, ela introduz no discurso as dificuldades do companheiro: alcoolização quase permanente, utilização abundante e regular de haxixe, uso ocasional de cocaína, com sentimentos de perseguição, crises de angústia e de violência sob o efeito do haxixe, que tornam a vida angustiante e difícil para a paciente. Bernarda fuma também regularmente haxixe, considerando-se, tal como o companheiro, psicologicamente dependente, mas parece "suportar" melhor o consumo, que profissionalmente a prejudica mas não lhe põe, por enquanto, problemas de maior quanto ao seu comportamento ou funcionamento social. Finalmente, um dia ela traz o companheiro com ela. Angustiado, amedrontado e desconfiado, pouco participa na entrevista para

que Bernarda o convidou com o objectivo de a ajudar a ultrapassar as dificuldades que ela vive. Pouco a pouco, ao fio das entrevistas, Bernardo descontrai-se, cativa e deixa-se cativar, até pedir ajuda para ele próprio, para as suas angústias, a sua depressão, a sua toxicofilia. O mau estado físico era evidente, o estado depressivo bastante acentuado, mas a sintomatologia projectiva desapareceu progressivamente com a redução e abandono gradual do álcool e do haxixe. A sua dificuldade era a solidão, a quase totalidade do meio artístico-intelectual que eles frequentam é toxicofílico, e não há manifestação social sem álcool, haxixe ou cocaína. Fazendo o inventário dos amigos com quem seria possível passar o Ano Novo sem perigo, só com muito custo conseguiu encontrar uma amiga, em Paris, onde, com Bernarda, foi passar as festas. Bernardo começa agora, seis meses após o nosso primeiro encontro, a entrar progressivamente num projecto terapêutico "tradicional". Seis anos mais tarde, Bernardo, após uma separação relativamente bem assumida com Bernarda, casou com uma jovem mulher, é pai de uma menina de dois anos e fez uma evolução extremamente positiva, com bastante sucesso, quer familiar quer profissional. Ocasionalmente, vê Bernarda, por razões profissionais, e mantemos um contacto que o tranquiliza, mas que é cada vez mais espaçado.

Zita tem 28 anos quando é hospitalizada no pequeno hospital de sector que dirigíamos, a pedido do psiquiatra que a acompanha na cidade universitária de língua alemã onde reside e onde as clínicas psiquiátricas universitárias são de valor reconhecido. Através da hospitalização, que ela aceita com uma grande ambivalência, pretende fazer uma desintoxicação do Tonopan (associação de analgésico e barbitúrico), do qual toma em média 20 a 30 comprimidos por dia. Ela vem de um meio sóciocultural e económico bastante favorecido, mas a situação familiar é bastante tensa, sobretudo na relação mãe-Zita. A mãe manteve Zita afastada de casa durante muitos anos, como interna em várias escolas privadas, algumas das quais ela se fez expulsar, quer por dificuldades comportamentais quer por utilização de drogas "menores". O irmão, médico e com quem ela tinha uma relação muito privilegiada, após ter investido muito, apesar do esforço infrutífero de uma intervenção pessoal terapêutica, afastou-se dela de maneira abrupta, cortando praticamente todos os contactos com a doente, que sofre imenso com esta situação. Além do Tonopan, ela experimentara o haxixe e o L.S.D., mas sem nunca se ter fixado num consumo regular destas substâncias. O seu estado físico geral é lamentável, ela apresenta uma anorexia mental grave, mas a sua colaboração no tratamento é inexistente e a sua ambivalência impossível de elaborar. O resultado dos testes psicológicos (T.A.T e Rorschach) fazem pensar «numa patologia esquizofrénica». As relações são vividas como perigosas e persecutórias. Face às angústias paranóides ou de fragmentação,

utiliza defesas maníacas e perversas, com a presença de desejos de omnipotência e de manipulação contrastando com os temas masoquistas. Em seis anos, Zita teve nove hospitalizações, em que a problemática da toxicodependência e da depressão se interpenetrava com problemas somáticos em grande parte relacionados com a toxicodependência ou com a anorexia. Um aborto provocado, dois anos após a primeira hospitalização, é altamente perturbador para o funcionamento psíquico da doente. Durante sete anos, a nossa acção "pré-terapêutica" limitou-se a pouca coisa. Organizar uma nova hospitalização, de cada vez que o seu estado de saúde se deteriorava a tal ponto que ela própria o solicitava; vê-la uma ou duas vezes por semana, na maior parte das vezes fora dos encontros agendados; manter um quadro terapêutico, onde o que nos parecia importante era, como dizia Patterson (1990), a presença disponível, mas dentro do quadro contratual que nos era possível e que ela era capaz de aceitar. Progressivamente, foi possível enquadrar o relacionamento, introduzir a nossa indisponibilidade como objecto utilizável a toda a hora, fixar limites, introduzir conceitos, tais como, não poder ter para com outro paciente uma atitude diferente da que tinha com ela, como, por exemplo, interromper a entrevista para lhe responder ao telefone, ou anular uma entrevista para a poder receber em seu lugar.. Tornámo-nos, assim, numa referência que inspirava mais segurança. Ao fio dos anos, Zita tornou-se cliente, nomeou-se cliente. Posteriormente, em momentos de maior tensão ou desânimo, dava-nos notícias. Dez anos depois, mantinha-se estável com uma baixa posologia de um estabilizador do humor.

Estes exemplos clínicos mostram-nos que, apesar de tudo, é possível passar do "paradigma do funil" ao "paradigma da ampulheta"; que, apesar das dificuldades imensas que abordagem terapêutica do toxicodependente põe, a maior parte das vezes utente, por não estar motivado, por não ser voluntário, é indispensável manter uma abertura à diversidade. Muitas vezes, uma terapia dentro de um quadro terapêutico "tradicional" é possível desde o início, quando as seis condições necessárias e suficientes se encontram realizadas. Mas quase sempre é possível lançar as bases de uma "pré-terapia", quer ela seja, como diz Patterson, sob a forma de uma presença, que se torna referência, aguardando sem impaciência o momento em que o utente se tornará cliente, quer seja, noutras condições, apelando para certos elementos da reflexão de Ana Freud, quer seja, finalmente, sob uma forma mais estruturada, como propõe Prouty, uma pré-terapia que permitirá, mais tarde ou mais cedo, ver desabrochar a totalidade das condições necessárias e suficientes para a terapia. E, se não é já terapia, o que será ela, então?

Capítulo V
A Terapia Centrada na Família

Durante toda a evolução do seu pensamento, desde a chamada orientação não-directiva em psicoterapia, até à Abordagem Centrada na Pessoa, passando pela Terapia Centrada no Cliente, Rogers sempre manifestou um profundo interesse pelos grupos em geral e pelo grupo-família em particular.

Um número abundante de artigos publicados demonstra o interesse de alguns de seus discípulos, tais como Raskins (1970), Levant (1978), Barret-Lennard (1984), Guerney (1984) e Gaylin (1993), por este campo de investigação. No entanto, parece-nos que a terapia de família nunca beneficiou, no âmbito da Abordagem Centrada na Pessoa, de todo o investimento que merece.

Se o interesse de Carl Rogers pelo impacto dos aspectos sociais, económicos, políticos e culturais no Humano em geral e no "cliente" em particular, se desenvolve, em Portugal, sobretudo a partir dos anos de 1970, contudo, e muito especialmente com Caldeira (1979), esses aspectos representaram, desde sempre, uma das preocupações dominantes do trabalho clínico e da investigação, tendo a família uma importância fulcral no desenvolvimento do modelo rogeriano em Portugal.

O conceito do sistema sócio-antropológico desenvolvido inicialmente por Caldeira, descrito no capítulo X, encontra-se no centro da nossa abordagem da terapia de família, permitindo uma integração da pessoa e do "individual" numa perspectiva sistémica mais ampla, que o ultrapassa e inclui.

Para o autor supracitado, a abordagem do sistema sócio-antropológico faz-se em dois tempos: o primeiro, da intervenção e do "encontro", que se desenvolve numa perspectiva centrada no cliente, e o segundo que requer reflexão e compreensão, aplicando à intervenção psicológica e psicossociológica o método de trabalho da antropologia.

Caldeira descreveu cinco dimensões relacionais, ou subsistemas, no sistema sócio-antropológico, a dimensão do pessoal, do interpessoal, do grupal, do organizacional e do institucional-societário. O nosso trabalho clínico e de investigação levaram-nos a incluir neste modelo uma sexta dimensão, a da relação ao Absoluto ou à Transcendência.

Encontramo-nos, assim, face a um universo ou sistema multidimensional de relações sociais interdependentes, em que estas diferentes dimensões se encontram presentes em grau e correlações variáveis. A Pessoa é o centro deste sistema aberto, e um dos pólos de todas as relações, sistema que é descrito numa perspectiva simultaneamente diacrónica e sincrónica.

A compreensão do sistema sócio-antropológico é a compreensão do Homem concreto, em situação, inserido no seu contexto familiar e sóciocultural, com a compreensão sincrónica e diacrónica, através de uma prática dialógica a seis dimensões de escuta.

A intervenção centrada no cliente mostra, através da compreensão empática, como a pessoa vivencia as suas relações no interior destas diversas dimensões, isto é, a face do sistema a que chamamos *para si*. A utilização, na nossa reflexão sobre o sistema sócio-antropológico, num segundo tempo, dos elementos pertinentes que as outras ciências humanas nos oferecem permite-nos construir a outra face do sistema sócio-antropológico a que chamamos *em si*.

O *em si* e o *para si*, teorizados por Sartre (1984), são dois olhares diferentes sobre a mesma pessoa – o olhar de dentro para fora do sujeito, e o olhar de fora para dentro do mesmo sujeito. Estes dois olhares são impossíveis de fazer coincidir, mas completam-se num movimento de construção de um sistema, que, sem pretender reproduzir a pessoa real, se aproxima o mais possível dela, em cada momento, numa perspectiva próxima da "Interpretação de Copenhaga" (Stapp, 1972; Gribbin, 1984) da mecânica quântica: incerteza, complementaridade e perturbação do sistema pelo acto da observação.

O Grupo Família e o Grupo Terapêutico

Nós consideramos a família como um sistema aberto – um *holon* (Koestler, 1968), referindo-nos sobretudo à sua dimensão grupal – o qual, embora constituído pelos seus membros, é mais do que a sua simples adição, é um sistema sócio-antropológico em relação, "saturado" pelo nível das transacções familiares.

A intervenção ao nível das famílias, quer por razões de diagnóstico, quer de animação sócio-comunitária ou de facilitação terapêutica, fundamenta-se na investigação (Caldeira, Mendes, Dias, Almeida & Rebelo, 1981) e tem-se enriquecido, ao longo dos últimos vinte anos, com a experiência adquirida numa prática clínica diversificada.

A Família como Grupo Terapêutico

A família tem algumas características específicas que a diferenciam do grupo terapêutico. Este último tem uma memória, uma semântica (uma linguagem verbal e não-verbal) e uma maneira de funcionar que é comum aos seus membros. O psicoterapeuta participou desde o princípio no processo de organização e estruturação do grupo e participou, portanto, na génese de todos estes aspectos. A família tem, por outro lado, uma memória, uma semântica (a qual inclui uma linguagem não-verbal muito importante), uma maneira de funcionar e um património que *pré-existe* aos seus próprios elementos e, mais ainda, ao psicoterapeuta, que se vê, assim, confrontado com um universo para ele desconhecido.

Na dimensão da família, há predominância da causalidade circular sobre a casualidade linear sem total supressão desta última, e estes dois termos comportam-se como pares quânticos sujeitos ao princípio da incerteza de Heisenberg.

A família tem de ser vista como um sistema no qual um dos elementos pode ser a expressão do sofrimento da família, mas, também, dentro do qual o sofrimento da família pode aparecer como a expressão da problemática de um dos seus elementos.

Quando uma família em sofrimento pede ajuda, a resposta dada respeita a procura explícita: se esta é feita em favor da família, a ajuda é proposta à família como um todo – terapia de família; se a procura é feita pelo casal ou por um membro da família, a resposta do terapeuta será em função da aceitação de quem procura – terapia do casal ou do membro da família que a solicita.

Por vezes, ainda, durante o tratamento, há uma evolução no pedido explícito de ajuda e, assim, por exemplo, o pedido que no princípio do tratamento se centrava sobre um membro da família designado por esta como “paciente” vai, progressivamente, estender-se à família como um todo, nomeando-se assim o grupo familiar como “cliente”.

Quando o paciente designado é uma criança, frequentemente, é possível, seria desejável, sugerir uma entrevista familiar preliminar. Os adolescentes acompanhados pelos seus pais durante uma das consultas iniciais são frequentemente recebidos em conjunto, pelo menos na primeira vez.

Ao pedir ajuda, a família atribui ao terapeuta um poder hierárquico imaginário e a sua restituição à família, a sua verdadeira fonte, constitui um dos aspectos do processo terapêutico em si mesmo. O terapeuta tem um conhecimento e uma competência técnica que usa em favor da família, mas, mais do que um perito, é participante e facilitador do processo terapêutico. Na nossa perspectiva o terapeuta é o facilitador desta mudança mas o centro das decisões e das avaliações permanece sempre dentro da família.

A Terapia Centrada na Família

Consideramos que os postulados básicos da Terapia Centrada no Cliente desenvolvidos por Rogers (1959) permanecem válidos no caso das famílias, mas estamos conscientes da necessidade de se continuar a desenvolver a pesquisa neste campo, de maneira a demonstrá-los do modo mais explícito que for possível.

Na continuidade dos trabalhos de Rogers, já acima citados, podemos afirmar que cada pessoa, grupo ou família, quando numa situação de adequada facilitação, irá apresentar mudanças no sentido da actualização das suas potencialidades, como o exprime Rogers, ou das suas possibilidades, como preferem alguns dos seus discípulos. Estamos conscientes das dificuldades teóricas colocadas por alguns membros da comunidade rogeriana relativamente ao alargamento do conceito de tendência actualizante ou pela utilização do conceito da tendência formativa no caso específico de uma família ou grupo.

Em português e em francês, o conceito de "organismo" aplica-se tanto aos seres vivos do mundo vegetal e animal, como também aos organismos sociais. Dentro da família a facilitação, elemento catalítico da mudança terapêutica, implica a presença no terapeuta de uma atitude de congruência, de um cuidado incondicional positivo e de uma compreensão empática, como descreve Rogers (1961). Esta facilitação exprime-se na actividade terapêutica, a qual integra o discurso individual de cada membro no discurso do grupo familiar, restituindo ao indivíduo o discurso familiar num movimento que não

anula o individual ou nega as suas diferenças, mas que, antes pelo contrário, se baseia na sua aceitação.

A facilitação desenvolve o relacionamento de pessoa a pessoa e, dentro da família, respeita a competência desta na tomada de decisões, incluindo também as que se relacionam com todos os aspectos da terapia, nomeadamente, quem participa e quando, em que medida cada membro da família se envolve no processo, quais são os sectores significativos que a entrevista irá focar, que sentido dar à sua experiência e quais as acções e decisões que serão aceites ou rejeitadas.

Através da sua presença calorosa, o facilitador implica-se numa forma não possessiva na intervenção. Esforça-se constantemente por se manter dentro do quadro de referências internas da família, comunicando a sua percepção e a sua vivência, mantendo-se sensível à maneira como cada um exprime as suas vivências, à percepção que cada um tem do seu percurso e projecto pessoais, às mudanças já ocorridas e ao significado que os elementos familiares lhe atribuem. Todo este conjunto de atitudes (congruência, cuidado incondicional positivo e compreensão empática) pode ser objecto de aprendizagem e desenvolvimentos adequados, por parte do terapeuta.

A especificidade da intervenção terapêutica

O aspecto técnico da intervenção deve ser adequado à situação de grupo, e particularmente à situação deste grupo específico que é a família. A resposta de compreensão empática como meio de ajustar a compreensão toma lugar numa relação de pessoa a pessoa, estando ao serviço do cliente e excluindo toda a manipulação.

Como exemplo, podemos dizer que, se o quadro terapêutico é sempre estruturado pelo terapeuta de maneira implícita ou explícita, o seu estruturamento explícito poderá ser usado como uma resposta empática através da acção. Há sempre um lugar e um papel para cada membro da família, quer este esteja presente ou não na sessão, desde que a família se apresente a si própria como cliente. Na estruturação do espaço em cada sessão, os membros da família têm um papel importante, podendo cada um escolher o seu lugar e indicando assim ao(s) terapeuta(s) o lugar que lhe(s) atribuem.

A nossa prática de terapia de família tem-nos levado a organizar o quadro terapêutico de maneira não muito diferente de outras terapias de grupo,

nomeadamente, as preferencialmente verbais, o psicodrama (Hipólito, Mendes Coelho & Garcia, 1988) ou o relaxamento (Hipólito, Laroche & Lazega, 1987) ainda que com características bem próprias.

Frequentemente, tal como acontece no nosso trabalho com outros grupos, registamos toda a sessão em vídeo. A facilitação é assumida comummente por uma equipa de dois terapeutas, de preferência de sexos diferentes e em posição "meta", além de um ou dois observadores, estes últimos através de um circuito fechado de vídeo.

Este quadro terapêutico, que é explicitado previamente à família, permite-nos aumentar a nossa capacidade de intervenção, a nossa disponibilidade para com a família, e o aumento da nossa compreensão e reflexão. No caso de uma não-aceitação deste dispositivo por parte da família, ou de insuficiência de meios humanos ou técnicos, admitimos uma possível redução do quadro terapêutico, apesar de serem, de forma, aumentadas as dificuldades da intervenção.

Normalmente, as sessões duram entre uma hora e meia a duas horas. Alguns minutos antes de terminar cada sessão, esta é interrompida e o(s) terapeuta(s) abandona(m) a sala para um momento de reflexão com os observadores, fazendo uma reflexão da sessão e estruturando uma resposta de compreensão empática de síntese, a qual seguidamente é restituída à família. Se o (a) terapeuta intervém sem equipa de co-terapeutas, ele (a) próprio (a) formula uma síntese, no fim da sessão, tal como fazemos nos outros grupos terapêuticos. O objectivo da resposta de compreensão empática de síntese não é ser um julgamento de valor, nem um diagnóstico, e não prevê prescrições ou "trabalho-de-casa". Dirige-se à família como um grupo ao qual é reconhecido uma existência no tempo e no espaço. Colocando-se no nível consciente da sessão, permite estabelecer uma ligação, uma continuidade das sessões, visando uma integração de cada uma na totalidade do processo terapêutico através do curso da vida.

Esta resposta de síntese, na terapia de família, é normalmente elaborada de forma conjunta pelo (s) terapeuta (s) e com o (s) observador (es), tendo estes em consideração a necessidade de evitar a parcialidade e a manipulação involuntária por parte dos terapeutas, reconhecendo os aspectos múltiplos, digitais e analógicos, do discurso dentro do sistema familiar, acompanhando a família e estando presente no "aqui e agora" da intervenção. O cuidado com que estas respostas são elaboradas é, geralmente, vivido pela família como uma

expressão conscienciosa do sentido de responsabilidade do (s) terapeuta (s) para com a família.

Depois de cada sessão, e durante trinta a noventa minutos, o (s) terapeuta (s) e o (s) observador (es) elaboram uma reflexão sobre o decorrido na sessão e a sua própria integração no processo terapêutico, tomando em consideração as suas próprias vivências, o seu entendimento empático da vivência dos membros da família e o que foi observado em vídeo.

Se o (a) terapeuta estiver sozinho (a), todo este trabalho é sobretudo baseado na sua vivência e no apoio da gravação de vídeo – instrumento de trabalho extremamente útil, mais ainda do que noutros tipos de grupo terapêutico.

Neste momento de reflexão e "intervisão", discutem-se as atitudes e as "técnicas" do(s) terapeuta(s), nomeadamente, empatia, congruência, aceitação positiva incondicional, parcialidade, manipulação, facilitação da comunicação, entre outras.

Particularmente importante são os momentos mais significativos que relacionam o (s) membro (s) da família com o seu sistema familiar e com o (s) terapeuta (s). É também indispensável evitar reducionismos e tomar em consideração, de cada vez que for pertinente, as diferentes dimensões de cada sistema sócio-antropológico, bem como do sistema familiar (na sua qualidade de grupo e de grupo específico) considerado também nas suas diferentes dimensões, e, finalmente do sistema terapêutico (família, terapeuta(s), quadro terapêutico), considerado também nas suas múltiplas dimensões.

Em conclusão: A intervenção dentro da família, nos seus múltiplos aspectos de investigação, teorização, animação sócio-comunitária, diagnóstico e facilitação terapêutica, é um dos domínios onde a reflexão crítica sobre a experiência é a mais precisa, por um lado, devido à importância da dimensão familiar na doença e na saúde mental, e, por outro lado, devido à necessidade de vencer a resistência da ideologia individualista que é prejudicial à família.

Capítulo VI

A Terapia Centrada na Pessoa e a Abordagem do Corpo pelo Relaxamento

A posição teórica de Rogers foi sempre de grande pragmatismo e abertura. Nunca se considerou detentor de uma verdade absoluta, mas antes um cientista experimental, propondo hipóteses de trabalho a partir da sua prática clínica e confrontando-as através da investigação. Explorou muitos caminhos, mas nunca exigiu dos seus alunos ou colegas uma obediência ou um acatamento de posições dogmáticas que poderiam unicamente ser desenvolvidas numa prática de exegese. Antes pelo contrário, em várias ocasiões e em muitos textos, incentivou a exploração de novas pistas de investigação e de novos terrenos e domínios de aplicação da sua filosofia e das suas hipóteses de base, como por exemplo, nas terapias de tempo limitado (Nunes, 1994).

Nesta perspectiva, um dos domínios que explorámos, desenvolvendo uma abordagem original no âmbito da Abordagem Centrada no Cliente, foi o da psicoterapia com recurso à vivência do corpo, especificamente do corpo em relação, no relaxamento. A multiplicação actual das abordagens corporais em terapia testemunha um retorno ao interesse pelo corpo, tanto nos campos psicoterapêutico e psiquiátrico, como no quotidiano da nossa cultura.

O Humano, enquanto "ser" em actualização, encontra-se na charneira de vários universos, dimensões ou sistemas, que, através da sua interacção e interpenetração, dão sentido ao seu próprio universo de significação, ou sistema sócio-antropológico. A nossa investigação inscreve-se na procura de uma harmonia e integração dos diferentes sistemas em presença, na integração somatopsíquica de um corpo sem o qual não haveria vida psíquica.

Não procuramos criar através no nosso trabalho mais uma técnica para obtenção de um puro relaxamento muscular, ou uma nova forma de meditação,

mas sim "balizar" uma viagem à descoberta do corpo próprio, na descoberta de "si mesmo", no caminho de uma liberdade a ser reconquistada em cada dia, numa perspectiva psicoterapêutica centrada sobre o cliente seja ele pessoa ou grupo.

Muitas escolas terapêuticas se têm interessado pela abordagem do corpo em relaxamento. O relaxamento como técnica de bem-estar ou de aprofundamento espiritual é extremamente antigo. O Yoga, desenvolvido na Índia muito antes da era cristã, e profundamente ligado à cultura budista, alia a técnica psicofisiológica e a prática mística numa "união consigo próprio pela aplicação densa e tenaz da vitalidade consciente sobre uma parte do corpo" (Lemaire, 1964, p.15).

No ocidente cristão, os monges ortodoxos do monte Athos desenvolveram também práticas de concentração mental e de controlo da respiração, na procura "da tranquilidade do coração e a calma disciplinada das faculdades mentais" (Lemaire, 1964, p.15).

O psiquiatra alemão Schultz (1991) foi, sem dúvida, quem introduziu no mundo científico contemporâneo o relaxamento como técnica psicoterapêutica assente sobre uma base experimental e acompanhada de uma profunda e extensa investigação. Este autor desenvolveu a sua técnica de "treino autógeno" a partir da análise dos fenómenos constatados em hipnose, examinando as impressões sensoriais experimentadas por indivíduos com formação em auto-hipnose. Apesar de muito interessado pela psicanálise, que parece aliás não ter praticado, não deu relevo particular aos aspectos relacionais da cura e à sua utilização no processo terapêutico. O seu trabalho pioneiro teve uma importância capital na história do relaxamento e abriu caminho para um grande número de outras técnicas, que, inspirando-se no seu trabalho, se inscreveram dentro de outros quadros teóricos.

A psicanálise, primeiro através de Ajuriaguerra (1980) e mais tarde com Sapir (1993), integrou o relaxamento como método terapêutico, enriquecendo-o com a elaboração e utilização no tratamento dos aspectos relacionais. Ajuriaguerra desenvolveu a noção de *diálogo tónico* a partir de pesquisas sobre o tónus muscular no seu aspecto neuropatológico e na sua relação com a vida emocional e afectiva, desenvolvendo uma técnica centrada na "relação transferencial" médico-doente, no sentido psicanalítico do termo.

A partir deste autor e na mesma linha psicanalítica, Sapir e seus colaboradores desenvolveram uma técnica de relaxamento individual, ou de grupo,

que designaram de *relaxamento a induções variáveis*. Nesta abordagem do relaxamento, as relações entre o(s) cliente(s) e o(s) terapeuta(s) são tomadas em consideração e eventualmente "analisadas".

O Quadro Teórico e a Prática Terapêutica

O método que propomos pode parecer, do ponto de vista estrutural, corresponder ao proposto por Schultz (1991), embora, na realidade pouco tenha em comum com este. Utiliza, contudo, uma progressão no percurso da descoberta do corpo que, tal como no método de Schultz, se desenvolve (pelo menos numa primeira fase) desde a descontracção muscular à percepção da frescura da fronte, passando pelas percepções de peso, calor, respiração e ritmo cardíaco. A vivência do cliente e a relação terapeuta-cliente está, tal como nas técnicas de Sapir e de Ajuriaguerra, no centro do processo. A nossa reflexão tem em consideração o conceito de sistema sócio-antropológico proposto por Caldeira (1979) e, inspirando-se nas correntes existencialistas, inscreve-se no quadro de referência teórico da Abordagem Centrada na Pessoa/Grupo de Carl Rogers (Campiche, Hippolyte & Hipólito, 1991) e nos pressupostos da Terapia Centrada no Cliente.

Apesar do rigor teórico do quadro, a prática terapêutica é relativamente flexível, podendo realizar-se individualmente ou em grupo, com um terapeuta ou com um par de terapeutas, e com ou sem observadores.

A abordagem da vivência do mundo da pessoa em relaxamento, isolada ou em grupo, deseja-se que seja o mais global possível. A resposta ao que o cliente procura passa pela compreensão empática do modo como ele está inserido na sua história pessoal, no seu contexto familiar e sócio-cultural; ou seja, através da compreensão da pessoa como sistema sócio-antropológico.

A intervenção da abordagem centrada na pessoa caracteriza-se, na sua relação terapêutica, por um certo número de atitudes e de técnicas de intervenção centradas sobre o indivíduo e/ou o grupo, em relação dialéctica com uma reflexão sobre o sistema sócioantropológico.

A prática dialógica centrada sobre a relação permite ter a percepção e a noção da implicação de uma pessoa ou de um grupo em relação a um sistema ou a um objecto, olhando para a pessoa ou grupo do interior do seu universo próprio, enquanto que os métodos da história imediata (ex. sociologia, antropologia,

economia) apenas fornecem indicações sobre o objecto real. Ao confrontar a percepção que a pessoa tem de si mesma e do seu mundo com os olhares que o mundo exterior tem de si, torna-se importante compreender e facilitar a eventual transposição da discrepância entre estes dois olhares, procurando conhecer e reconhecer a circularidade complexa da vida, da pessoa, da sociedade, fundamentalmente interligadas, entretecidas e, no entanto, bem distintas entre si.

No relaxamento, o “terapeuta-facilitador” fornece a si próprio uma indução (emprega a palavra “eu”), permitindo ao cliente escolher desta indução o que ele pode ou quer escolher, isto é, o que lhe convém. Deste modo, pretende-se respeitar toda a liberdade do cliente. O terapeuta, ao empenhar-se ao nível do seu próprio corpo, está atento às suas vivências, reconhecendo e reconhecendo-se no seu discurso corporal. Assim, o corpo está empenhado num discurso que se dirige primeiramente ao próprio terapeuta.

No âmbito da Abordagem Centrada no Cliente (pessoa ou grupo), estabelece-se um diálogo no qual o terapeuta tenta compreender o que se passa no cliente, seguindo-o e acompanhando-o na linguagem deste, desde o interior, na forma como ele se vê, e depois no exterior, na forma como o terapeuta o apreende. O “material” utilizado é já consciente: o terapeuta explicita um “sentido” já presente mas não integrado, clarificando assim um vivenciado, permitindo integrá-lo como experiência e torná-lo disponível para uma nova experiência.

Numa situação de relaxação, a experiência mostra existir um aumento da permeabilidade entre o mundo “interior” e o mundo “exterior”, entre o “real” e o “imaginário”, bem como uma tomada de consciência progressiva e integrada do esquema corporal.

A evolução do esquema corporal faz-se em relação estreita com o desenvolvimento somático e psíquico do indivíduo, de tal modo que a linguagem do corpo e os conflitos inter-e-intrapsíquicos emergem a par deste desenvolvimento do esquema corporal. Ao princípio, a criança confunde-se com o mundo exterior, tomando progressivamente consciência do seu corpo, vivido inicialmente de modo fragmentado, graças aos dados perceptivos que recolhe e por imitação gestual dos outros. A evolução do esquema corporal é muito complexa, e evoluiu de uma imagem de corpo fragmentado até uma noção de corpo total, num todo independente e permanente. A noção de esquema corporal apresenta duas vertentes: o esquema corporal externo, em que está presente o aspecto de *contentor* do que nos é enviado por um espelho, e, o esquema corporal interno,

o *conteúdo* elaborado, em parte por aquilo que imaginamos em torno das dores, dos barulhos e das sensações oriundas dos nossos órgãos internos. O vivido do indivíduo mostra-nos como foi construído e integrado o esquema corporal.

Tecnicamente, vamos à descoberta do corpo, segmento por segmento. Esta *redescoberta* é acompanhada por uma regressão mais ou menos maciça, que permite uma nova abordagem do esquema corporal, ocasionada por uma nova escuta do vivenciado, em condições adequadas de facilitação das potencialidades evolutivas da pessoa.

O efeito de descontracção experienciado à superfície e em profundidade, as sensações de descrispação, depois, a experiência do peso e do calor, a integração das diferentes cinestesias e percepções de funcionamento corporal, permitem ao indivíduo viver esta desejada descontracção num movimento no sentido de uma globalização e harmonia da percepção de *si mesmo* e para *si mesmo*.

Na terapia, cada sessão, por um efeito de retroacção, prepara a sessão seguinte, cada etapa fazendo referência e lembrando a etapa precedente.

Indicações Terapêuticas

A decisão de entrar num processo psicoterapêutico passando pelo corpo em relaxação, individualmente ou em grupo, é tomada, congruentemente com o modelo teórico, pelo cliente devidamente informado dos recursos terapêuticos possíveis na relação com o terapeuta, e tomando, evidentemente, em consideração o pedido de ajuda tal como ele é formulado e elaborado pelo cliente.

Os sintomas que os nossos clientes apresentam são de ordem muito diversa e abrangem estados depressivo-ansiosos com inibições motoras, insónias, angústias e fadiga, perturbações funcionais respeitando as esferas respiratória, cardíaca, digestiva ou sexual, ou ainda sintomas isolados como cefaleias e enxaqueca.

Geralmente, admite-se que o relaxamento está sobretudo indicado para pessoas com dificuldade em verbalizar os seus conflitos, as suas angústias e com tendência a exprimi-los através do corpo. O relaxamento permite ouvir o cliente ao nível das suas queixas, ao nível da sua vivência. A confiança que se estabelecerá progressivamente permitirá ao cliente uma outra abordagem do seu vivenciar e uma aceitação secundária da sua problemática psíquica.

No caso particular do trabalho em grupo, se em certos casos pode parecer útil procurar um certo equilíbrio das patologias individuais, noutros casos ou situações, os grupos homogéneos de doentes psicossomáticos (ex. problemas cardíacos ou digestivos) ou psicóticos, por exemplo, parecem apresentar algumas vantagens.

Será preferível, ainda que não indispensável, se o grupo for misto e houver equilíbrio em relação ao sexo dos participantes. Na nossa experiência pareceu-nos ter pouca importância a variabilidade do leque etário. As indicações relativamente ao terapeuta serão sobretudo as de estar à vontade no modo como actua e ser congruente com essa mesma intervenção.

Descrição Sumária da Prática Clínica

Vamos agora descrever de maneira sucinta o percurso de um grupo de relaxamento. Há uma linha directriz que passa pelo *corpo-em-relação,* em que a tomada de consciência das sensações experienciadas ao nível da pele, dos músculos, das articulações se faz, num primeiro momento, fragmento por fragmento, e, num segundo momento, globalmente; a descontracção obtida introduz, pelo aumento da percepção da sensação de peso, o *corpo pesado.* Esta sensação leva, através de um grau de descontracção ainda mais profundo, à sensação de calor do seu próprio corpo, ou seja o *corpo quente.* No percurso do cliente em relaxamento, surge, em seguida, a tomada de consciência do seu ritmo respiratório e do seu ritmo cardíaco mais profundo, isto é, *o corpo nos seus movimentos próprios,* e a percepção do seu esquema corporal interno, pela descontracção das vísceras. E, finalmente, o cliente integra as várias funções sensitivas. Ao longo das sessões, o *tacto* é abordado pelas sensações tácteis, a *audição* pela palavra presente ou ausente com ritmo e tonalidades variáveis, o *olfacto* pelo ar que entra e sai das narinas, o *gosto* pela atenção dada à boca e à língua e, por fim, a *vista* pelas percepções visuais presentes mesmo de olhos fechados.

Cada uma destas etapas depende, desde o princípio, do estado inicial do cliente, e depende, na sua introdução, do balanço feito antes e após cada sessão. Assim, a duração de cada ciclo e a passagem ao ciclo seguinte são muito variadas; os cruzamentos de uma com outra, ou a retoma global de um

ciclo como introdução ao seguinte, são sempre possíveis. O caminhar através de cada etapa permite a elaboração e a integração do esquema corporal, quer interno quer externo, por meio da percepção que temos de nós próprios e da sua confrontação com o Outro.

O cliente entra em relação consigo próprio, do espaço exterior ao espaço interior, passando pela percepção das sensações experienciadas no seu corpo, deslizando da superfície à forma, da forma à posição, do esquema corporal externo ao esquema corporal interno, de uma relação com o seu corpo grosseiro a uma relação mais fina, num movimento de integração das múltiplas percepções na plena globalidade do ser. Nós exemplificaremos a nossa prática com a transcrição parcial de uma primeira sessão de grupo.

A maior parte dos clientes foi enviada, com sintomas vários do registo ditos psicossomático, pelo médico generalista ou por um especialista. O grupo formado por quatro homens e duas mulheres reunia-se no nosso consultório com a frequência de uma sessão de cerca de noventa minutos, por semana. Para além do terapeuta, psiquiatra e psicoterapeuta, estavam também presentes, sentados num canto da sala, dois psicoterapeutas em formação que funcionavam como observadores. Antes de cada sessão, havia uma reunião de cerca de vinte minutos em que esta equipa fazia o ponto de situação do trabalho realizado previamente e se preparava para a sessão. Após a sessão, a equipa reunia-se de novo durante cerca de trinta a quarenta e cinco minutos, para reflectir sobre o trabalho realizado. Este grupo terapêutico viria a ter uma duração total de cerca de um ano.

O terapeuta começa a sessão apresentando o quadro terapêutico e informando o grupo de que uma ou duas pessoas viriam ainda juntar-se ao mesmo, numa das próximas semanas, mas que em seguida o grupo seria "fechado", na medida em que não haveria novas entradas.

O grupo escuta atentamente as indicações que lhe são dadas. Cada um instala-se como quer, sentado ou deitado num chão de alcatifa, mas sem colchões nem outros acessórios. Os terapeutas e os observadores encontram-se sentados. O grupo é informado da possibilidade de haver ou não um controle do relaxamento muscular, como possibilidade eventual de confrontação com o "real"; cada membro do grupo tem a liberdade de se exprimir tão livre e francamente quanto o desejar sobre tudo o que queira partilhar, nomeadamente, sensações, emoções, imagens, reflexões ou recordações, havendo lugar para a partilha de

todas as vivências. O grupo é ainda informado de que nunca será abordado ou explicitado nada que não tenha sido expresso no grupo, quaisquer que sejam as informações de que os terapeutas disponham. A noção de sigilo é mencionada, não só como um dever dos terapeutas, mas também de cada um dos membros do grupo. Estes são livres de se encontrarem ou não fora do grupo, mas, para preservar a memória e a linguagem comum do grupo, cada um é convidado nesse caso "a restituir ao grupo o que pertence ao grupo". É explicada a noção da utilidade do trabalho pessoal de prática do relaxamento durante o período entre as sessões, assim como a importância da assiduidade. Caso algum membro não possa estar na sessão, tal deve ser previamente anunciado ao grupo na medida do possível. É ainda esclarecida a importância de se informarem os membros do grupo das razões subjacentes a um eventual abandono de um elemento, antes do fim do percurso previsto. Este decorrerá durante aproximadamente um ano, mas a data do fim será o resultado da elaboração do grupo quando este julgar oportuno. O trabalho do grupo será metaforicamente uma "viagem guiada" pelo terapeuta, através do *corpo-próprio*.

Os membros do grupo apresentam-se mutuamente. O senhor G. queixa-se de sintomas do aparelho digestivo. O senhor J.J. diz vir pelas mesmas razões, tal como a senhora J. O senhor J. explica ao grupo que, no fundo, o motivo da sua presença no grupo é o mesmo. O senhor P. fala do seu "stresse" no trabalho e de uma "velha" úlcera de estômago. Finalmente, a senhora N. diz que ainda não sabe bem por que razão exactamente integrou o grupo.

O terapeuta começa: (…) *instalo-me o mais confortavelmente possível.* Os membros do grupo deitam-se na alcatifa, e todos se descalçam, com excepção de J.

O terapeuta, após alguns instantes de silêncio, continua: *Eu estou calmo... tranquilo... descontraído... abandonando-me completamente ao prazer de me descontrair, de relaxar os meus músculos e de escutar o meu corpo... Eu concentro toda a minha atenção nas sensações que sinto na minha mão esquerda... Tomo consciência progressivamente das sensações que sinto na palma da mão... Tomo consciência progressivamente das sensações que sinto no polegar esquerdo... a sua forma... o seu volume... a sua posição no espaço... as sensações que sinto, quer na base do dedo, quer na região da unha.*

Os observadores notam que os participantes parecem extremamente calmos, os braços estendidos ao longo do corpo, as pernas moles.

O terapeuta continua: *Eu tomo consciência das sensações que sinto na mão esquerda, no meu dedo indicador... a sua forma, o seu volume, a sua superfície.* A senhora N mexe-se discretamente, mas mantém-se calma, o senhor J.J. coça o nariz, tentando mover-se o mínimo possível. O terapeuta continua: *Tomo consciência das sensações que sinto no dedo maior da mão esquerda, o seu volume, a sua forma, a sua superfície, a sua posição em relação ao resto do corpo. Tomo consciência das sensações que sinto tanto em profundidade como em superfície, tanto na região da raiz do dedo como na região da unha.*

A senhora N. esfrega os olhos e os outros membros do grupo mantêm-se calmos e imóveis. O terapeuta continua: T*omo consciência das sensações que sinto...* e progressivamente vai referir e nomear os detalhes do membro superior esquerdo.

O terapeuta controla o estado de descontracção dos braços dos membros do grupo. A senhora N. parece descontraída tal como os outros membros do grupo. Nenhum parece surpreendido. O terapeuta retoma o discurso verbal: E*stou calmo, abandonando-me completamente a um sentimento agradável de tranquilidade... de bem-estar... de profundo repouso... sentimento que reencontro de cada vez que, em qualquer momento... em qualquer situação... em qualquer lugar, eu me abandone ao prazer da minha descontracção... progressivamente... e ao meu ritmo próprio, retomo a tonicidade do meu corpo... um pouco como de manhã quando acordo... após uma longa noite de sono profundo e reparador...fecho e abro os punhos...* G. é o primeiro a começar a contrair-se, seguido de N., de J., de P. e de J.J., enquanto que a senhora J. molemente faz alguns movimentos com o braço esquerdo... O terapeuta continua: *contraio e descontraio os punhos... dobro e desdobro os braços... e as pernas... respirar profundamente três ou quatro vezes para renovar completamente o ar dos pulmões... para activar a circulação no ventre e nos pulmões... abrir os olhos... um pouco como de manhã quando acordo... após uma longa noite de um sono profundo e reparador... e uma vez bem desperto... endireito-me progressivamente evitando fazer movimentos bruscos, protegendo as minhas costas...*

G. é o primeiro a sentar-se seguido de J., P., J.J., e N., enquanto a senhora J. demora um pouco mais a sentar-se. Instala-se um silêncio que parece durar vários minutos, mesmo que provavelmente não tenha ultrapassado alguns segundos. Todos parecem esperar. A senhora J. tosse, J.J. suspira e todos baixam os olhos. G. olha de soslaio, enquanto que J. J. se agita um pouco, as pernas e os pés estendidos à sua frente, tal como J. O terapeuta lança aos membros do

grupo pequenos sinais de atenção, de convite à comunicação, e discretos mas calorosos sorrisos.

O terapeuta rompe o silêncio: E*stava a dizer a mim próprio que por vezes é difícil de... descrever o que se passa no nosso corpo...* A senhora J. pergunta: É *uma questão ou uma constatação?* O terapeuta responde: É *aquilo que eu sinto.*

Fico mais tranquilizada, diz a senhora J. *O saber que não se está só na mesma situação é algo que dá segurança*, responde o terapeuta. P. continua: T*enho o sentimento de estar mais descontraído agora nos dedos*. O terapeuta: *agora... depois de termos parado... Senti o braço direito mais descontraído*, acrescenta P. Eu, diz G., *concentrei-me mais sobre a mão direita, estava mais pesada*. O terapeuta intervém ligeiramente interrogativo: U*m sentimento de braço esquerdo leve?* J. acrescenta: P*ara mim, ao contrário, a minha mão, os meus braços estavam como que envolvidos em algodão, não os sentia*. O terapeuta retoma: C*omo se o algodão os sustivesse e envolvesse.*

A senhora J. diz: E*stava incomodada com o frio, tinha muito frio... apesar de ter feito uma certa resistência, mas não posso fazer de outra maneira... apesar de todas as minhas resistências... à psiquiatria, ao relaxamento um pouco "lerdinho", sinto-me muito bem.* O terapeuta retoma: *apesar das experiências...* N. interrompe para dizer: T*ive dificuldade ao princípio em de concentrar, depois senti um pouco frio e por fim estive bem.* O terapeuta responde empaticamente: U*ma ponte entre o bem-estar e...* De novo é interrompido, desta feita pela senhora J., que pergunta a N.: *E agora ainda sente frio?* N. responde que não, que as coisas estão melhores. G. acrescenta: Q*uando se está mal sente-se facilmente frio. Eu sinto frequentemente frio mesmo quando está calor*. O terapeuta dá uma resposta de compreensão empática: P*or vezes, perguntamo-nos como funciona o nosso corpo*. A senhora J. acrescenta: M*esmo se se compreende, está-se encolerizado com o seu corpo.*

O terapeuta dá início a uma segunda sequência de relaxamento dizendo: I*nstalo-me novamente...* Todos os membros do grupo se estendem no chão. *Abandono-me inteiramente em toda a segurança à minha descontracção... calmo... tranquilo... concentro toda a minha atenção na mão esquerda... nas sensações que sinto na mão esquerda...* N., que tem a mão esquerda pousada sobre os olhos, estende o braço e a mão esquerda ao longo do corpo. O terapeuta continua: *Concentro toda a minha atenção nas sensações que sinto no côncavo da mão... profundidade... superfície... forma... posição... o punho... a região que vai até ao cotovelo... sensações sentidas tanto em profundidade como em superfície, na*

pele... calmo... muito calmo... tranquilo... descontraído... tomando consciência das sensações que sinto na globalidade do meu braço, desde a ponta dos dedos até ao ombro... a forma... o volume... sensações sentidas quer na superfície quer na profundidade. N. mexe-se, suspira, respira profundamente. O terapeuta continua: C*almo... descontraído... inteiramente no prazer da descontracção, na escuta do meu corpo... cheio de um sentimento agradável que reencontro de cada vez que me abandono ao prazer de relaxar os meus músculos, escutar o meu corpo, aberto a tudo o que vivo no meu corpo... e progressivamente... ao meu ritmo próprio... deixo-me ir ao prazer de retomar a tonicidade do corpo em quatro etapas sucessivas... como de costume...* Todos se espreguiçam. J.J. tem os olhos fixos no terapeuta. *Abrir os olhos como quando acordo de manhã após uma longa noite de um sono profundo e reparador... a minha tonicidade reencontrada... posso progressivamente sentar-me...*

O terapeuta sorri... J.J. boceja... as articulações estalam... o silêncio instala-se... Ao fim de alguns instantes de silêncio, o terapeuta diz: O *nosso tempo chegou ao fim. No fim da viagem põem-se questões, interrogações... e depois, pouco a pouco, começa-se a conhecer o outro, no sofrimento, nos problemas, tomamos consciência de podermos partilhar uns com outros. Podemos ficar surpreendidos com o que sentimos, mas podemos sentir-nos bem e confiar nos outros, em nós mesmos e no nosso próprio corpo.*

Os membros do grupo levantam-se, calçam os sapatos e saem da sala cerimoniosamente.

Conclusão

A viagem do cliente pelo e através do seu corpo, visando a descoberta do seu modo de estar no mundo, passa por diferentes níveis de lógica: da desconfiança do primeiro contacto à confiança e à proximidade; de um corpo vivido numa globalidade informe a um corpo reunido após percepções parciais e globalizadas; de um corpo estranho a um corpo dominado e existindo pela interiorização e mentalização das percepções.

A finalidade do discurso não é uma reorganização do passado, mas a capacidade de assumir, de outro modo, o seu passado, o seu presente, e ganhar, deste modo, uma maior liberdade para o futuro.

Capítulo VII

A Terapia Centrada na Pessoa e a Abordagem do Corpo pelo Psicodrama

Carl Rogers, ao descrever possíveis desenvolvimentos para a Terapia Centrada no Cliente, refere-se ao psicodrama[1] como sendo particularmente promissor, e diz: "A terapia através do psicodrama é um campo ainda pouco elaborado. Indicamo-lo aqui porque é uma tentativa estimulante para utilizar os princípios da terapia por caminhos novos" (1942, p. 440). Este "convite" de Rogers motivou-nos a aprofundar o estudo da aplicabilidade desta técnica terapêutica, criada à partida por Moreno (1965), ao quadro contextual da Terapia Centrada no Cliente.

O primeiro contacto com o psicodrama inscreveu-se no contexto da nossa formação em psiquiatria, pedopsiquiatria e psicoterapia, tendo, concomitantemente, tido a satisfação de poder trabalhar com terapeutas especialistas em psicodrama de grande prestígio, como Lemoine (1972) de tendência lacaniana, ao nível do psicodrama com adultos, ou Diatkine (1995), psicanalista de formação mais ortodoxa e grande especialista da psicanálise infantil.

Se cabe a Moreno a honra de ter sido o primeiro, nos tempos modernos, a descrever e a praticar o psicodrama, numa visão que se poderia talvez chamar existencialista, a corrente psicanalítica rapidamente se apropriou deste instrumento terapêutico, enquadrando-o no seu contexto teórico.

O psicodrama acabou por ter uma grande difusão para além das fronteiras destas duas correntes, adaptando-se aos modelos teóricos que o incorporaram e que lhe imprimem particularismos mais ou menos originais.

---

[1] Rogers parece tê-lo praticado quando refere "(…) Sessões Teóricas e de Demonstração: A facilitação de um grupo de demonstração e discussão do mesmo (...); Aulas simuladas como uma tentativa de aprendizagem; Psicodrama; A construção teórica em relação aos grupos; A relação com o meio da droga (…)" (1980, p. 161).

Assim, de forma geral, o psicodrama tem sido utilizado com crianças, adolescentes e adultos. A intervenção pode ser feita com um cliente e um grupo de terapeutas, com um cliente ou um grupo de clientes e um ou mais terapeutas, incluindo a especificidade da "imposição" teórica de um "casal" de terapeutas, acompanhados ou não por observadores participantes ou de co-terapeutas, em ligação com o quadro teórico ao qual se identificam.

O desenvolvimento que fizemos do psicodrama (Hipólito, Mendes Coelho & Garcia, 1988) inscreve-se na filosofia da Abordagem Centrada na Pessoa e pensamos ter podido demonstrar, pela investigação realizada (1991), que se integra mais especificamente no contexto da Terapia Centrada no Cliente.

O psicodrama aparece, neste contexto, não só como um elemento terapêutico de grande valor, mas também como um modelo de formação permitindo uma aprendizagem pela experiência pessoal significativa – *experiencing* (Rogers, 1967) – aplicável à sensibilização e à formação com uma flexibilidade de formato que a psicoterapia verbal não permite. Consideramo-lo uma maneira original de abordar a relação dialéctica pessoa-grupo, maximizando o potencial terapêutico e os objectivos da formação e da animação.

Este modelo de formação e de sensibilização tem sido aplicado como maneira de equacionar os problemas relacionais e profissionais, sobretudo para profissionais envolvidos em sectores de actividade que tocam a saúde mental, a psicologia e a pedagogia. A nossa experiência leva-nos a valorizar este tipo de intervenção como meio de desenvolvimento pessoal e de formação para técnicos e equipas de trabalho no âmbito da psiquiatria social e do trabalho com grupos.

Os nossos grupos de formação através do psicodrama são constituídos por um terapeuta-formador, pelos participantes e pelos observadores-participantes. No caso concreto da formação de psicodramatistas, espera-se dos participantes que possam vir a funcionar como terapeutas-facilitadores, sendo assim proposto que este espaço da formação seja vivido como forma de desenvolvimento pessoal e de interiorização dos valores propostos por este modo de facilitar. A aquisição da experiência para facilitar um grupo poderá vir a ser feita através da participação na facilitação, na análise e na supervisão de outros grupos posteriores. Os observadores-participantes devem ter formação ou experiência como terapeutas ou como interventores nas áreas sócio-comunitária ou pedagógica; a sua tarefa específica consiste numa participação, após cada sessão, no trabalho de análise e de elaboração com o terapeuta-formador. Para além de, em função das regras

propostas, se absterem de propor temas para a realização do jogo dramático, o seu papel e a sua actividade no grupo não se distinguem em nada dos que são atribuídos aos outros membros.

A dimensão destes grupos pode ser de número elevado, desde que proporcional, de participantes e de observadores-participantes, o que os torna valiosos como instrumentos de intervenção e de formação.

Como instrumento de intervenção podem ser utilizados em psiquiatria social (animação de serviços hospitalares, de comunidades terapêuticas, de comunidades de saúde mental), em psicoterapia de grupo e em animação pedagógica. Como instrumento de formação em psicodrama, a metodologia aplicada tem sido a de experienciar o papel de observador-participante e posteriormente de co-terapeuta. Assim, poderá participar numa representação em curso segundo a sua compreensão empática – a qual, no final, será confrontada com a vivência dos outros actores -, facilitar uma sessão, e ter a possibilidade de participar na análise da mesma, sendo estas oportunidades de aprendizagem significativas no domínio da intervenção centrada no cliente. A constituição de equipas experienciais de facilitação e observação-participada podem ajudar a desenvolver uma melhor comunicação no seio da equipa, assim como a afinação de um estilo pessoal de intervenção por parte dos facilitadores.

Os grupos podem ter um tempo de duração previsto à partida, ou não, e organizam-se segundo a vertente aberta ou fechada consoante a sua disponibilidade para integrarem, ou não, novos membros depois de o "percurso" do grupo ter sido iniciado. Caso os grupos não tenham duração prevista, regra geral, caracterizam-se como grupos abertos, ainda que, menos frequentemente, possam existir grupos fechados que sem terem uma duração pré-determinada, encontram eles próprios, pela elaboração dessa variável, o momento oportuno para findarem.

Em cerca de trinta anos de experiência com grupos de psicodrama temos trabalhado vários casos, desde grupos fechados que se reúnem em apenas duas ou três sessões, geralmente, no caso de grupos de sensibilização a esta metodologia, até grupos de clientes em prática ambulatória, que funcionam durante mais de uma dezena de anos, sendo a média de "passagem" para cada cliente de dois anos.

A facilitação e a compreensão-reflexão das sessões são feitas segundo uma abordagem centrada no grupo na perspectiva de Rogers, e segundo o conceito

do sistema sócio-antropológico desenvolvido por Caldeira (1979). Abordagem Centrada no Grupo significa que a congruência (coerência consigo mesmo no aqui e agora da intervenção e integração da experiência no momento em que é vivida, existindo a possibilidade de a comunicar se necessário), o cuidado incondicional positivo (abstenção de ajuizar valorativamente sobre a experiência do cliente) e a compreensão empática (capacidade de apreender o universo do cliente tal como ele o apreende e de transmitir essa compreensão ao cliente) são as atitudes básicas do terapeuta e estão na base da criação do clima de confiança e segurança que permite a actualização das potencialidades do grupo e dos seus membros – possibilidade de ser autêntico, de integrar todos os elementos da experiência, de ser centro de auto-avaliação e autodirecção e de mudar construtivamente. Abordagem Centrada no Grupo quer também dizer que, neste caso em que o cliente é o *grupo*, ela é centrada no grupo, mas sem esquecer que este, embora tendo uma dimensão que não é um simples somatório de partes, é constituído por pessoas. Esta é a solução da aparente contradição entre a centragem na pessoa e no grupo-cliente. Ter em consideração o sistema sócio-antropológico significa que a intervenção centrada no grupo não só não perde de vista a relação terapeuta-cliente, como a utiliza na construção, num segundo tempo, do constructo que é o sistema sócio-antropológico do cliente-grupo.

O sistema sócio-antropológico é um mapa ou um dado modelo que se admite não se conhecer nem intervir directamente numa realidade total. A discrepância entre o modo como o cliente se vive e a visão que o facilitador constrói dele é um analisador importante do sistema sócio-antropológico. Neste sistema, distinguem-se várias dimensões, irredutíveis mas em interacção, nas quais o cliente existe e se relaciona com outros sistemas sócio-antropológicos (por exemplo, neste caso, cada participante, o(s) observador(es)-participante(s), o(a) terapeuta, as organizações científicas e profissionais a que estes pertencem e os sistemas institucionais societários que estas integram). A diacronia e a sincronia são igualmente valorizadas nesta perspectiva de compreensão.

A técnica do psicodrama por nós desenvolvida e que descreveremos mais em detalhe posteriormente (através da representação de temas significativos propostos por um participante, discutidos e aceites pelo grupo, com definição das personagens, distribuição dos papéis, partilha e elaboração das vivências) enraíza-se em Moreno, sendo, no entanto, enriquecida pelos desenvolvimentos posteriores de outras escolas (Lemoine, 1972; Anzieu, 1979; Diatkine, 1995),

e actualiza-se plenamente no âmbito da perspectiva Rogeriana. As técnicas utilizadas visam desenvolver uma relação de abertura, não-directiva (mas não demissionária ou laxista), livre no que respeita à compreensão de si e aceitando a realidade emocional da relação.

Na nossa perspectiva, o trabalho psicodramático apresenta dois momentos distintos e opostos: por um lado, o momento da "desordem" em que cada um tem a possibilidade de expressar o que quer representar ou ver representado, e, por outro, o reordenamento de todos esses elementos na procura da unidade e do conhecimento humano na sua totalidade, que tem como intenção integrar o objectivo e o subjectivo. Podemos dizer que o conhecimento se baseia na experiência subjectiva. A pessoa existe através da experiência que lhe permite adquirir o conhecimento e, como tal, assumir-se. O que "percebo" ou "imagino" estrutura um novo horizonte no qual se inscrevem o passado, o presente e o futuro, mas num "aqui e agora" potencializador de uma nova estruturação da minha experiência e portador de um alargamento e libertação do meu campo de percepção e experiência.

Para além dos aspectos teóricos já referidos, a nossa abordagem caracteriza-se também pelos seus aspectos técnicos, alguns dos quais originais ou modulados pelo modelo teórico subjacente à nossa prática.

O grupo funciona a partir de um conjunto de regras que estruturam o quadro terapêutico, com o fim de garantir o maior espaço possível para a criação de um clima de confiança e de segurança psicológica, indispensáveis à actualização do processo de desenvolvimento do grupo. O terapeuta, no início do "percurso", explicita estas regras ao grupo, as quais não são o resultado de uma reflexão teórica ou de uma manifestação da assimetria de autoridade no grupo entre o terapeuta e os demais membros do grupo, mas sim a constatação empírica do quadro mínimo indispensável e que a experiência tem confirmado ao longo dos anos. Estas regras facilitam a segurança psicológica e, também, o processo comunicacional, pela presença de cada participante em todas as sessões, pela explicitação ao grupo da ausência ou da saída definitiva de um participante, pelo sigilo do que é dito no grupo que é mantido por todos, pela restituição ao grupo do que é dito fora dele e que lhe diga respeito, pela elaboração das estruturas de funcionamento para além do quadro-base e pela deliberação por consenso. O terapeuta explicita também os aspectos práticos, tais como os horários, o local das sessões, a característica aberta ou fechada do grupo e o quadro temporal do grupo.

Como referimos, a facilitação centra-se no cliente, quer este seja um grupo (o mais frequente), quer seja um par ou uma só pessoa. As características desta facilitação, sobretudo no que diz respeito aos grupos, foram analisadas e descritas com grande cuidado por Rogers (1980). Elas esteiam todas as intervenções do terapeuta e dos observadores-participantes, quer se exprimam verbalmente, como nas dobragens, quer através da acção, como, por exemplo, na introdução de uma nova personagem não prevista inicialmente.

A proposta de uma situação a trabalhar é feita por um dos participantes, abstendo-se os terapeutas (terapeuta(s) e observador(es)-participante(s) de apresentar qualquer proposta ou sugestão de proposta. Várias propostas podem aparecer, e, mais do que por "maioria", o grupo procura elaborar um consenso para a escolha da situação a trabalhar.

Todos os participantes estão empenhados, ainda que de maneira diferente, de acordo com o seu "estatuto": o participante cuja proposta é trabalhada, o(s) participante(s) a quem é atribuído um papel na representação (incluindo o(s) observador(es)-participante(s)), o(s) outro(s) membro(s) do grupo a quem não foi atribuído um papel, mas que, tem a possibilidade de intervir durante o "jogo", e que se pode(m) designar como participante(s)-espectador(es). Esta intervenção terá como objectivo comunicar a sua compreensão do que está a ser vivido ou sentido, seja dobrando um dos protagonistas, seja intervindo como uma nova personagem. Por seu lado, o(a) terapeuta está empenhado(a) profundamente como pessoa e não como mero(a) "espectador(a)-analista" do acontecimento. Um outro dos aspectos importantes do trabalho é a reflexão e elaboração de cada um, e do grupo, sobre a representação e o vivido.

No final de cada sessão, o(a) terapeuta comunica ao grupo uma resposta de compreensão empática de síntese que, para além de ser o *fil rouge* da sessão, a enquadra na diacronia do tratamento, evitando a parcialização ou manipulação. Após cada sessão, a equipa formada por terapeuta e observador(es)-participante(s) realiza uma reflexão conjunta, tentando encontrar uma compreensão da sessão, isto é, executa um trabalho de supervisão e/ou intervisão que consideramos indispensável.

A proposta de situação a representar, o processo de clarificação e de reflexão do proponente e do grupo, assim como a decisão sobre a escolha da situação, são facilitados pelo(a) terapeuta, numa perspectiva centrada no cliente e numa relação dialéctica entre as dimensões relacionais grupais, interpessoais e pessoais, que "saturam" a situação de funcionamento de grupo.

Cada pessoa está "em relação" consigo mesma, mas, ao mesmo tempo, está em relação com os outros membros do grupo, e com este enquanto sistema. Para além do quadro restrito do grupo, cada pessoa está ainda marcada pela relação com outras pessoas, bem como outros grupos, organizações e instituições. Esta situação geradora de tensão entre as diversas dimensões e relações em presença vai evoluir na dialéctica do eu-tu-nós, transformando uma proposta/sonho pessoal numa proposta/sonho simultaneamente pessoal e grupal, à qual cada membro do grupo aderiu ou não, abrindo, neste caso, o caminho à procura de uma nova proposta, a qual, muitas vezes em relação dialéctica com a proposta "rejeitada", conduzirá a uma nova situação de síntese abrangente. O proponente empenha-se inevitavelmente, não só por ser sua a proposta, mas também pela sua presença inalienável na representação da mesma, qualquer que seja o papel que atribui a si próprio. Em contrapartida, os outros membros do grupo têm a liberdade de recusar ou aceitar os papéis que lhes são propostos.

A representação é começada e terminada pelo(a) terapeuta, sendo que o acto de pôr termo à representação pode ser considerado uma resposta de compreensão empática pela acção, isto é, a restituição da compreensão da vivência (ruptura das fronteiras do espaço do imaginário ou do espaço psicodramático, passagem do registo do imaginário ao real, "esgotamento" do tema, etc.). Um outro aspecto importante da resposta de compreensão empática durante a representação é a *dobragem*, pois é uma forma de participação activa. O participante, ao "dobrar" um "actor", expressa aquilo que pensa que o "actor" está a vivenciar mas que não aparece no discurso (um pouco como os "apartes" no teatro) ou, então, pode ser a vivência da significação pessoal do que está a viver que o "pressiona" a intervir.

A introdução na representação de uma personagem não prevista pode ser considerada, também, como uma outra forma de resposta de compreensão empática pela acção e é, sem dúvida, uma das intervenções privilegiadas dos observadores-participantes, que podem assim assumir (e, de certa maneira, ultrapassar) a posição aparentemente contraditória de participante e co-terapeuta, reformulando a vivência da representação pela *mise-en-scène* de uma nova personagem.

Após a elaboração e decisão da escolha de uma proposta, o grupo participa na sua representação, utilizando as possibilidades que lhe são oferecidas e que lhe permitem modular o "risco" e/ou a "exposição" que está pronto a assumir.

Uma vez terminada a representação, entra-se mais especificamente num processo de reflexão que se desenvolve num registo verbal comunicativo ao nível

do real e não mais do imaginário, retomando-se, também, o complexo sistema de relações a que nos referimos precedentemente. As emoções, expectativas e compreensão são expressas e elaboradas, simultaneamente à emergência do "espanto" desencadeado em cada um através da representação. A facilitação centrada no cliente permite a clarificação de um discurso que à partida parecia nebuloso através da representação, a qual, mesmo que aparentemente afastada do discurso verbal e privilegiando o discurso do corpo, o integra plenamente, numa imbricação simultaneamente digital e analógica.

A sessão gravada em vídeo permite a confrontação com uma imagem "objectiva" da representação, e a sua elaboração pelo grupo, no fim da sessão, representa também uma ferramenta particularmente útil para a apreensão e elaboração das discrepâncias entre o "objectivo" e o "subjectivo". O trabalho de reflexão-compreensão, após cada sessão, pode ainda ser gravado por razões pedagógicas e de investigação e, nesse caso, fica ao dispor também dos que nele participam: o(a) terapeuta/formador(a) e o(s) observador(es) participante(s).

Através da resposta de compreensão empática de síntese final, o(a) terapeuta comunica ao grupo a sua compreensão empática do processo da sessão e das relações que se desenvolveram no decorrer do funcionamento do grupo. Ele(a) assinala a dimensão grupal através do que vivenciou como mais significativo. Esta resposta de síntese, tal como noutras situações de facilitação de grupo, situa-se no outro pólo da relação pessoa-grupo, reconhecendo a realidade desta dimensão grupal e a sua irredutibilidade ao simples somatório dos sistemas complexos de relação, na charneira dos quais se encontra cada membro. Ela integra a sessão na diacronia do grupo, e é síntese-convergência de um olhar sobre os aspectos sincrónicos e diacrónicos do processo de desenvolvimento do grupo. A reflexão e compreensão de cada sessão faz-se através da construção de modelos compreensivos de cada membro e do grupo, no momento actual e nas suas diacronias, tentando tomar-se em consideração, na medida do possível, as dimensões relacionais do pessoal, interpessoal, grupal, organizacional, institucional-societário e transcendente, privilegiando em cada momento a dimensão, ou as dimensões, vivenciada(s) como mais significativa(s).

Neste contexto, os conhecimentos que parecem pertinentes e disponíveis através de outras disciplinas – tais como, a biologia, a etologia, a psicologia, a antropologia, a sociologia, a economia – assim como a vivência das relações interpessoais e grupais são tomados em consideração na construção de um

modelo de compreensão que mesmo não sendo o "real" se aproxime dele o mais possível, salvaguardando sempre o espaço de liberdade máximo para "ser" e compreender.

Após a sessão, e num tempo posterior de reflexão e elaboração, o(a) terapeuta-formador(a) e os observador(es)-participante(s) partilham as suas vivências, a sua compreensão do processo de desenvolvimento do grupo, o seu olhar crítico sobre as intervenções durante a sessão, com o objectivo de "afinação" das técnicas de intervenção. Este tempo de reflexão e elaboração tende a aumentar a disponibilidade, da equipa de facilitação, num processo de auto-equilibração no decorrer do movimento do grupo e constitui, ao mesmo tempo, uma importante oportunidade de formação para o(s) observador(es)-participante(s), aumentando ainda a coesão da equipa e a eficácia terapêutica.

Neste trabalho, o grupo funciona como revelador das diferentes dimensões do sistema sócio-antropológico. São objecto de atenção as dimensões diacrónica e sincrónica do processo do grupo, na sua especificidade (por ex. liderança, comunicação verbal e não-verbal), na relação dialéctica com os processos e as vivências de cada participante, bem como na relação dialéctica com as pessoas, grupos, organizações e instituições que fazem parte do universo significativo do grupo. São também consideradas atentamente as atitudes e as técnicas de intervenção dos membros da equipa (terapeuta(s) e observador(es)-participante(s)), relacionando-as com as suas vivências e com a vivência do grupo, sendo, consequentemente, objecto de reflexão nos planos pessoal, técnico e teórico, aumentando-se assim progressivamente a competência da intervenção.

O psicodrama diferencia-se do grupo de terapia verbal ao nível de alguns aspectos do processo terapêutico que nos parecem importantes. No grupo de terapia verbal, o discurso "digital" é privilegiado na medida em que os participantes são convidados a expressarem-se livremente, centrando-se a elaboração do grupo nesse discurso, a partir do qual são então elaboradas as vivências passadas e actuais, sendo as emoções e os sentimentos expressos essencialmente pela palavra. No psicodrama, a comunicação passa para além da palavra; integra também o acto, a linguagem do corpo, assim como os aspectos analógicos e digitais da comunicação que lhe é própria. No grupo terapêutico que se limita às trocas verbais, a ajuda, a participação e a mudança passam pela comunicação verbal, enquanto que no psicodrama há um alargamento do campo experiencial a uma vivência emocional das situações significativas, através de uma reconstrução

em que a "memória" do corpo completa o mecanismo habitual da actualização das vivências passadas.

Ao criar e recriar realidades, e tornando operacionais através da representação fantasmas, ideias e desejos, permite-se experienciar sentimentos e emoções que, num segundo tempo, podem ser elaborados numa reflexão e partilha que passa também pela comunicação verbal no grupo. Parece-nos, assim, que a integração da "palavra" e do "acto" no psicodrama constitui um instrumento mais poderoso de mudança, pois que enquanto no grupo de terapia verbal o desejo é expresso, no psicodrama ele não só é verbalizado como actualizado de maneira experiencial.

Para Moreno, o objectivo do psicodrama é o de permitir a *reaprendizagem* da espontaneidade, perdida pela socialização, tendo o terapeuta um papel activo no desencadear de momentos de actualização emocional, que nem sempre os clientes estão em posição de poder assumir.

Parece-nos que a manipulação do grupo para obter momentos intensos de emoção não só comporta riscos para o cliente, mas também, como diz Rogers (1980), é um elemento que prejudica o processo de desenvolvimento do grupo.

Para o psicodrama psicanalítico, tal como para a psicanálise no seu contexto mais amplo, as noções de inconsciente e de tomada de consciência aparecem como nodais. A dramatização aparece, assim, como um instrumento privilegiado na expressão e representação dos desejos inconscientes do cliente. O terapeuta assume-se como esteio dos movimentos transferenciais dos "actores", analisando os mecanismos de defesa e as resistências durante a interpretação.

Se o psicodrama moreniano se centra na espontaneidade, procurando desencadear emoções intensas na procura da espontaneidade perdida, e a psicanálise se interessa preferencialmente pelo inconsciente, utilizando as técnicas que são específicas a este modelo, o psicodrama numa perspectiva centrada no cliente centra-se na actualização das potencialidades do grupo e dos seus membros, situando-se o terapeuta como facilitador e não como taumaturgo ou demiurgo, através de uma atitude congruente de cuidado incondicional e de compreensão empática.

Para terminar, gostaríamos de ilustrar a nossa prática do psicodrama através de um exemplo clínico retirado de um grupo que teve a duração de dois anos. Este grupo tinha uma finalidade mista de desenvolvimento pessoal e de formação de futuros psicoterapeutas. Trata-se de uma descrição resumida de uma

sessão de duas horas. A escolha desta sessão foi feita de maneira aleatória e, embora não sendo o relato integral da sessão, respeita a sequência e globalidade dos acontecimentos, tentando exemplificar alguns aspectos que nos parecem importantes.

A sessão começa com algumas informações transmitidas pelo terapeuta sobre a ausência de alguns participantes e observadores-participantes. Após um breve silêncio de cerca de um minuto, um dos participantes (S1) refere que, embora não tenha nada preparado, gostaria de ver trabalhada a ideia de uma pessoa que, perante duas ou mais alternativas, se abstém de tomar uma decisão por não querer estar mal com ninguém.

O terapeuta (T) clarifica: *Uma pessoa que perante várias opções não toma nenhuma para não se comprometer. Não poderia pôr a ideia de maneira mais concreta?*

S1 apresenta uma certa dificuldade em fazê-lo e o grupo, querendo ajudar S1 a concretizar a sua ideia, propõe: *Três pessoas preparam um piquenique, duas delas têm ideias definidas, uma não tem, serve-te?*

S1 responde: *Não sei...*

O terapeuta informa-se sobre se o *piquenique* é uma sugestão para ajudar a concretizar a ideia de S1 ou uma nova proposta. O grupo diz que é apenas uma sugestão e não uma nova proposta. S1 continua com dificuldade em concretizar e definir o que quer perceber e o que quer ver representar, acabando o grupo por propor que se faça a representação.

O terapeuta faz uma síntese de toda a discussão: *Temos uma hipótese de trabalho de uma situação em que uma pessoa conversa com outras duas e cada uma delas lhe faz uma proposta diferente, uma para ir à praia, outra para ir ao campo. A primeira guarda para si própria a sua vontade de ir ao campo e acaba por ficar numa posição entre um dos elementos e o outro, numa tentativa de salvaguardar um possível conflito entre os outros dois; faz-lhe sentido este enunciado?*

S1 responde que sim e o terapeuta pergunta ao grupo se há outras propostas ou opiniões diferentes. Não apresentando o grupo outras propostas, S1 aceita a proposta, o terapeuta pergunta qual é a opinião dos outros participantes e o grupo manifesta consensualmente o seu acordo sobre a proposta de S1.

O terapeuta pergunta a S1 se gostaria de dar mais informações sobre o local e as características dos personagens a serem representados.

S1 explicita, que de acordo com a sua opinião, são três amigos, dois dos quais trabalham juntos e um terceiro com quem há menos intimidade. O terapeuta pergunta a S1 em que sítio é que as pessoas se encontram.

S1 – *Em casa de um deles, do que quer ir para o campo.*

T – *Já lá estão?*

S1 – *Sim.*

T – *A que propósito?*

S1 – *Para combinarem o passeio.*

O terapeuta propõe a S1 que distribua os papéis pelas pessoas que gostaria de ver presentes na situação a representar, desde que, evidentemente, estas estejam de acordo em "encarná-los".

S1 propõe a S6 representar o papel da pessoa que não se quer comprometer, mas gostava de ir para o campo e a S7 o papel da pessoa que quer ir para a praia; S1 fica com o terceiro papel. Todos estão de acordo com o proposto e a dramatização pode então começar. A dramatização vai durar aproximadamente 20 minutos. Não a transcrevemos nem resumimos aqui, e apenas referiremos o número elevado de "dobragens"[2] que houve por parte dos participantes.

O terapeuta, depois de dar por finda a dramatização, convida os "actores" a partilharem as suas vivências da representação. Estes referem as dificuldades sentidas em representarem os seus papéis tal qual tinham sido previamente estabelecidos. Explicam e analisam os sentimentos surgidos durante a representação e a forma como nela foi vivida a interacção. S1 diz que se sentiu contrariada e os outros dois "actores" falam também da sua contrariedade. O terapeuta pergunta como foi vivida a proliferação das dobragens.

S1 – *Quando S5 chegou ao pé de mim não sei o que é que ele queria, ouvi as palavras e repeti-as sem as tentar perceber.*

T – *Houve uma grande necessidade do exterior, de dobrar, havia uma série de pensamentos na cabeça que não passavam, e cada vez a um maior ritmo.*

S7 - *Eu estava a sentir que eles* (S1 e S6) *faziam panelinha contra mim.*

S5 – (eu-auxiliar) *isso tornou-se mais claro para mim.*

---

[2] Designamos por "dobragem" a técnica que consiste em uma pessoa/participante se colocar atrás de um dos personagens em representação e explicitar o que pensa ser o pensamento do "actor", funcionando como "eu-auxiliar" de um dos "actores".

O grupo reflecte sobre o que se passou, dialogando com os "actores", e fala dos sentimentos que teve perante a dramatização. Conclui que os papéis não foram desempenhados de acordo com o que estava estabelecido. Houve inversão de papéis e contradição entre o proposto e o resultado final. O terapeuta elaborou com o grupo o sentido do desfasamento.

O terapeuta propõe que se veja a gravação em vídeo (da dramatização) e, finda esta, levanta algumas questões técnicas relativas à forma como decorreram as dobragens, sublinhando a dificuldade de estas serem compreendidas quando não são pronunciadas em voz alta e pausadamente. Os "actores" e o grupo voltam a reflectir sobre os desfasamentos que a gravação põe em evidência. O terapeuta termina a sessão fazendo uma resposta de compreensão empática de síntese:

T- *Tenho o sentimento, o qual não sei se é também o vosso, de que nenhum dos três ficou contente. O problema inicial da pessoa que queria ficar bem com todos não foi resolvido, mas sim remetido para mais tarde. Houve três palavras-chave: vencer/convencer/condescender; o meu sentimento é o de que a vivência de estar* convencido *é certamente diferente de estar* vencido*; na realidade, não houve nem vencidos nem convencidos, mas sim uma coisa que parecia inaceitável às pessoas, que é a condescendência. Assim, o que não era aceitável não podia ser vivido.*

Os sentimentos de condescendência foram mais difíceis de ser assumidos do que os de ser vencido, sem falar de ser convencido. Muitas vezes, para tentarmos resolver os nossos problemas fazemos apelo, consciente ou inconscientemente, a manobras de sedução e manipulação que depois nos fazem medo pelo sentimento de omnipotência que nos dão. Sentimentos de omnipotência dos quais nos queremos desenvencilhar e quanto mais o tentamos mais nos envencilhamos. Na realidade, chegámos a uma situação que era insatisfatória para todos. A necessidade de querer satisfazer os outros levou a que nem ficámos nós próprios satisfeitos, nem os outros. A questão que eu coloquei a mim próprio foi se isso não começou logo de entrada, na forma como decorreu a escolha do tema, isto é, quando andamos todos «achas que isto serve? e achas que assim também te serve?». A representação e o seu resultado foram uma espécie de cristalização do que se tinha passado na fase inicial, em que, provavelmente, tinhas ficado insatisfeita (S1) com a forma como recebeste o "apoio" do resto do grupo para a tua proposta, dado mais por condescendência do que por convencimento.

Pensamos ter assim conseguido, sem trair o pensamento ou a filosofia de Carl Rogers e seguindo o seu espírito de abertura à investigação e aos novos

caminhos – ele que dizia que "os factos são sempre nossos amigos" – dar a nossa contribuição para a integração, no modelo da Terapia Centrada no Cliente, de uma "ferramenta" terapêutica de valor inegável. A sua utilização na nossa experiência clínica, quer em terapia, quer no que habitualmente chamamos "psicodrama profissional", tem-se mostrado de uma grande riqueza e utilidade. Este último tem sido utilizado no âmbito da pedagogia, no trabalho da relação professores-alunos, bem como no da saúde e no da gestão.

Pensamos, ainda, ter demonstrado com a nossa investigação já referida que esta forma de trabalhar em psicodrama se inscreve numa perspectiva que poderíamos chamar "ortodoxa" da Terapia Centrada no Cliente, a qual segundo Barbara Brodley (1990), assenta no postulado da *tendência actualizante*, nas *seis condições necessárias e suficientes* para que haja mudança terapêutica e na *orientação não-directiva*.

Capitulo VIII
Abordagem Centrada e a Pedagogia

A relação psicoterapêutica parece-nos um caso particular da relação de ajuda, a qual, por sua vez, é uma relação de aprendizagem, embora com características específicas. Rogers (1978), por exemplo, menciona a terapia como sendo uma aprendizagem de relacionamento interpessoal e identifica terapia com educação.

Em português, o aprender é unívoco. Quando *eu aprendo*, tal implica um *tu* ou alguém *que ensina*; *tu aprendes, eu ensino*. "(...) Aprender implica uma relação assimétrica, um saber-suposto ou saber real, capitalizado, susceptível de ser transmitido numa operação económica estranha, na qual o que dá ou vende "saber" conserva intacto o capital, mas transforma a relação de poder que o capital significa.

Um saber-suposto, enquanto não explicitado, pode ser a raiz de um poder que se desvanece na explicitação. Um saber transmitido pode significar perda de poder no saber compartilhado, mas também aumento de prestígio, o qual, por sua vez, pode ser capitalizado como poder; a agulhagem numa ou noutra das direcções depende fundamentalmente da confiança depositada por quem partilha relativamente a si mesmo como pessoa, assim como na qualidade do seu saber" (Hipólito, 1985, p.17).

Noutras línguas, como em francês, por exemplo, aprender é ambíguo. Tanto significa aprender como ensinar, instruir como ser instruído, informar como ser informado. A ambiguidade do verbo na língua não implica forçosamente na cultura uma forma específica de aprendizagem, mas, pelo menos, deixa aberta a possibilidade da hipótese de que quem ensina também pode aprender, ou de que se pode aprender ensinando.

Daremos dois exemplos breves de aprendizagem:

– Daniel, adolescente de 19 anos, frequenta o 10° ano do liceu. Corre o boato de que metade da turma deve ser eliminada por razões de efectivos. A atmosfera tornou-se insuportável. Quem sabe cala-se. Quanto menos saber revelar ao colega mais possibilidades tem de não ser eliminado.
Saindo duma aula prática de Física, em que cada aluno tenta esconder dos outros o que observou, ele escreve no seu relatório que, tendo em conta que a pesquisa hoje realizada em Física é um trabalho de equipa, a forma de trabalho à qual estão submetidos é absurda.

Quem é alienado, ele ou o sistema? O segundo exemplo é pessoal:

– Aluno do 2° ano de medicina, fui apresentado ao chefe de uma equipa de Banco do Hospital de Santo António, no Porto. Recebido como colega mais novo com tratamento de Sr. Dr., fui aprendendo ao longo dos anos, em cada semana, das 13 horas de sábado às 13 horas de domingo, o fundamental da minha profissão. Sempre senti a meu lado o companheiro experiente que transmitiu o que sabia e, sobretudo, que sabia ensinar-me a aprender. A medicina tornou-se para mim algo de vivo; o paciente tornou-se para mim pessoa e não caso ou objecto, e nunca mais consegui integrar-me no sistema universitário tradicional, o que não me impediu de me realizar profissionalmente e suscitou, provavelmente, em mim a paixão por formas diferentes de aprender.

Aqui fica o testemunho da nossa gratidão ao colega e Mestre Domingos de Oliveira Santos.

Paulo Freire (1974), a partir da sua experiência de alfabetização de “massas”, no caso, de pessoas desfavorecidas da América Latina, definiu um conceito não-bancário da educação assente no diálogo: educação-libertação. Ao nível da práxis, o conceito não-bancário da educação explicita-se em técnicas e atitudes. Não é nossa intenção entrar nos detalhes da técnica, bastando talvez relembrar três elementos principais do seu método de “consciencialização”:

1 – Inventário do universo semântico dos trabalhadores com quem os educadores vão trabalhar, estabelecido através de um inquérito prévio;
2 – Escolha de palavras-chave em função do interesse que elas apresentam do ponto de vista silábico, dificuldades fonéticas crescentes e riqueza semântica;
3 – Criação de situações existenciais típicas do grupo com o qual o educador trabalha, através da apresentação e discussão das palavras-chave.

As técnicas são instrumentos inúteis quando não são integrados num conjunto de atitudes coerentes, como energia e motores da mudança. Na educação "não-bancária", o educador identifica a sua acção com a dos alunos, orientando-se no sentido da sua humanização comum. O seu movimento é para um pensar autêntico e não para a transmissão do saber ou da "dádiva". A sua acção é impregnada de uma profunda confiança nos homens, no seu poder criativo, e a relação que estabelece com o aluno é de companheirismo, de pessoa-a-pessoa, de sujeito a sujeito. O professor é um sujeito que sabe, e que transmite o que sabe, no diálogo com o sujeito-aluno. O objecto de conhecimento deixa de ser propriedade para se tornar objecto de reflexão, para ele e para o aluno.

O aluno é um investigador-crítico em diálogo permanente com o professor-investigador-crítico. Este reestrutura em permanência o seu saber no diálogo com o aluno, integrando a reflexão comum. A missão de professor é, na visão de Paulo Freire (1974), facilitar as condições de aprendizagem.

A facilitação da actualização das potencialidades do aluno faz-se no diálogo e pelo diálogo. Não há diálogo sem amor profundo pelo mundo e pelo homem. Fundamento do diálogo, o amor é também diálogo e, para Paulo Freire, diálogo é humildade, é aceitação do outro, exige confiança nos homens, uma fé no seu poder de construir e de reconstruir, de criar e de recriar. Não há diálogo, diz ele, sem esperança, sem autenticidade e crítica, sem recusar a dicotomia homem/mundo. O diálogo é cooperação de sujeito a sujeito; é união, organização e síntese cultural.

Tanto ao nível das técnicas como das atitudes o conceito de educação não bancária de Paulo Freire é próximo, para não dizer idêntico, ao da aprendizagem experiencial de Rogers, à qual faremos referência mais adiante.

Se o diálogo é o motor de facilitação da aprendizagem, para Paulo Freire, o antidiálogo é o estruturante da educação bancária e caracteriza-se pela angústia (relação de sujeito e objecto), divisão, manipulação e invasão cultural. Dentro e fora da escola e a todos os níveis do ensino, as relações professor-aluno são essencialmente relações de narração e de dissertação, que supõem um narrador-sujeito e os auditores-alunos passivos.

A narração tende, para Paulo Freire, a petrificar a palavra, a esvaziar-se da dimensão concreta, a transformar-se em frase ou a tornar-se mais ruído do que significação. O discurso não é mais do que sonoridade. O narrador torna o aluno "garrafa vazia" em "garrafa cheia" e educar não é mais do que um acto

de "depósito". Em vez de comunicar, faz "comunicados" e "depósitos". Aos alunos deixa-se apenas a possibilidade de receber, guardar ou arquivar os "depósitos". Apesar de estarem na realidade "arquivados", fica-lhes na aparência a liberdade de escolherem serem coleccionadores ou arquivistas.

Na visão bancária da educação, o saber é uma dádiva dos que julgam "saber" em relação àqueles que consideram ignorantes. "Dádiva" essa que se funda sobre um dos princípios activos da ideologia da opressão, a "absolutização da ignorância", ignorância que se encontra sempre no Outro. O educador sabe, o educando não sabe, ignora. A ignorância é a razão de existir do outro e vice-versa. No universo da "educação bancária" (Freire, 1974), o autor referido considera que:

> (...) o educador é quem educa, os alunos os educandos; o educador é quem sabe, os alunos os que não sabem; o educador é quem fala, os alunos ouvem docilmente; o educador é quem disciplina, os alunos os disciplinandos; o educador é quem pensa, os alunos são pensados; o educador é quem escolhe, impõe aos alunos a sua escolha, os alunos obedecem às ordens; o educador é quem actua, os alunos têm a ilusão de actuar através da acção do educador; o educador é quem escolhe os conteúdos do programa, os alunos acomodam-se à escolha sem serem consultados; o educador é quem identifica a autoridade do saber com a sua autoridade funcional que vai opor de maneira antagónica à liberdade dos alunos, os alunos devem adaptar-se às determinações do educador; o educador é finalmente o sujeito activo do movimento, os alunos simples objectos (p. 52).

O conceito bancário implica homens-objectos no mundo mas não com-o-mundo nem com-os-outros. Paulo Freire chama a atenção, na sua crítica ao conceito de educação bancária, para o facto de que de nada serve dizer que os homens são pessoas, e pessoas livres, quando nada se faz concretamente para que esta afirmação se torne uma realidade objectiva. Para ele, a grande tarefa dos oprimidos é a de se libertarem a si mesmos e libertarem assim os seus opressores.

Carl Rogers, a partir da sua prática psicoterapêutica, interessou-se também pela aprendizagem e pelas suas condições de facilitação. Sem fazer uma crítica tão intensa e profunda da situação tradicional do ensino, refere-se a este como uma aprendizagem de coisas sem sentido e sem a mínima relevância para a pessoa como um todo. A esta aprendizagem petrificante, esclerosante e

alienadora propõe, como alternativa, a aprendizagem experiencial, fonte de liberdade e motor de desenvolvimento pessoal e colectivo. Para ele, aprender só tem significado quando passa pela experiência da pessoa-como-totalidade, inscrevendo-se na sua vivência de acordo com as suas necessidades e escolhas.

Para Rogers (1978), a aprendizagem significativa ou experiencial implica envolvimento pessoal (a pessoa como um todo inclui-se na aprendizagem), penetração (provoca modificações no comportamento, nas atitudes e, por vezes, mesmo na personalidade do educador), e auto-avaliação (a sua essência é o significado).

Para este autor, a aprendizagem significativa depende mais das atitudes e não tanto das técnicas. Estas parecem-lhe secundárias, a elaborar pontualmente, contrariamente às atitudes, que lhe parecem ser essenciais e universais. A coerência consigo mesmo, no aqui e agora da intervenção, o empenho e a convicção são elementos essenciais sem os quais a autodirecção e a liberdade dada aos alunos pode redundar em insucesso total. Rogers define um certo número de condições ou intenções que facilitam a liberdade interior: o confronto com um problema real; a confiança no organismo humano; a aceitação; a autenticidade do professor; a empatia; e o provimento de recursos.

A estas condições correspondem qualidades do professor-facilitador, isto é, as atitudes que têm um papel estruturante na relação, apesar de, por vezes, estas poderem ser simuladas, passando, neste caso, a meras técnicas.

Segundo o autor acima referido, a generalização do ensino significativo teria como consequências: a abolição do ensino (as pessoas que quisessem aprender reunir-se-iam simplesmente); a abolição dos exames (estes, na sua opinião, só podem dar a medida de um tipo de aprendizagem inconsequente); a abolição dos diplomas (dados como títulos de competência); e a abolição do sistema de exposição de conclusões (pois considerava que ninguém adquire conhecimentos significativos através de conclusões).

Da análise da sua prática, Rogers extrai um certo número de postulados: (1) os seres humanos têm uma potencialidade natural para aprender, a qual é travada pela ambivalência e pelo sofrimento ligados a aprendizagens anteriores; (2) a aprendizagem dá-se quando o estudante verifica que a matéria a estudar se relaciona com os seus próprios objectivos; (3) a aprendizagem que envolve mudança na organização de cada um, na percepção de si mesmo, é ameaçadora e tende a suscitar reacções; (4) a aprendizagem que ameaça o próprio ser é mais

facilmente percebida e assimilada quando as ameaças exteriores se reduzirem a um mínimo; (5) quando a ameaça ao "Eu" é fraca pode-se perceber a experiência sob formas diversas e a aprendizagem pode ser levada a efeito; (6) a aprendizagem é facilitada quando o aluno participa responsavelmente no seu processo; (7) a aprendizagem auto-iniciada que envolve toda a pessoa do aprendiz, nos seus sentimentos assim como na sua inteligência, é a mais durável e impregnante; (8) a independência, a criatividade e a autoconfiança são facilitadas na medida em que a avaliação feita pelos outros tem importância secundária e a autocrítica é primordial; (9) a aprendizagem socialmente mais útil no mundo moderno é a do próprio processo de aprendizagem, numa contínua abertura à experiência e à incorporação dentro de si mesmo do processo de mudança.

Poder-se-ia dizer que o importante não é o Graal, mas sim a sua busca. Rogers descreve assim as qualidades do professor-facilitador: o facilitador tem muito a ver com o estabelecimento da disposição inicial, ou clima do grupo, e da experiência na aula; o facilitador ajuda a trazer à tona e a elucidar tanto os propósitos individuais na classe quanto os mais gerais do grupo; conta com o desejo do aluno de realizar os propósitos que têm sentido para si, com força de motivação subjacente à aprendizagem significativa; empenha-se em organizar e tornar facilmente disponíveis recursos para a aprendizagem dentro da ordem mais ampla que lhe for possível; considera-se a si mesmo como um recurso flexível a ser utilizado pelo grupo; correspondendo às expressões do grupo na aula, aceita o conteúdo intelectual e as atitudes emotivas, e esforça-se por dar a cada aspecto o grau de realce que lhe é emprestado pelo grupo ou pelo indivíduo; quando se estabelece o clima de receptividade na aula, o facilitador está apto a tornar-se progressivamente num aprendiz-participante, isto é, mais um membro do grupo exprimindo as suas opiniões como qualquer outro; o facilitador toma a iniciativa de compartilhar com o grupo tanto os seus sentimentos como ideias, de modo a não exigir nem impor, mas simplesmente a fazer representar a sua participação pessoal, que os alunos podem acolher ou recusar; através da experiência na aula, o facilitador está permanentemente atento às expressões de sentimentos profundos ou fortes; o facilitador no exercício das suas funções de facilitador de aprendizagem, o líder procura reconhecer e aceitar as suas próprias limitações.

Na aprendizagem significativa, o quadro, à partida, pode parecer fixado nos moldes tradicionais da relação professor-aluno em termos de relação de sujeito

a objecto. O mestre tem a autoridade pessoal que lhe dá a instituição. Pode estar desejoso de compartilhar esse poder e criar uma situação de facilitação e de abertura à liberdade dos alunos. Necessita, contudo, de encontrar no aluno um eco, uma resposta positiva a esse desejo. Citando Rogers: "Não se afigura razoável a imposição de liberdade a quem a não quer" (1978, p. 137), opondo-se assim aos educadores que pretendem, como vanguardas iluminadas, impor o seu conceito de felicidade ou de liberdade aos outros.

Mas, o que pode impedir o aluno de desejar ser livre, de ser sujeito e não objecto, de ser uma pessoa inteira, total e não um receptáculo de conhecimento? Rogers pensa que, em relação às pessoas significativas, para se conquistar o seu amor, indispensável à sobrevivência, abdica-se do processo de auto-avaliação; o centro da vida, da nossa vida, desloca-se de nós ao outro, vivendo-se em função dos desejos e valores do outro, confiando-se cada vez menos nas capacidades pessoais de escolha e avaliação. Tornamo-nos temerosos, inseguros e agarrados aos valores dos outros.

O clima de facilitação permite recentrar o processo de avaliação através da descoberta, tanto pelo mestre como pelo aluno, de que: há dentro da pessoa humana a base orgânica para um processo organizado de auto-avaliação; esse processo de avaliação no ser humano é eficaz na actualização das potencialidades próprias, na medida em que o indivíduo se abre à experiência que está a ocorrer dentro de si; nas pessoas que se movem para uma maior abertura às suas experiências há uma semelhança organísmica nas direcções dos valores; essas semelhanças nas direcções dos valores são do género das que realçam o desenvolvimento do próprio indivíduo e o dos outros, dentro das suas comunidades, e contribuem para a sobrevivência e a evolução da espécie.

O processo de aprendizagem, assim iniciado, exige, para se manter, um empenho pessoal total. Sartre, na sua obra *Chemins de la Liberté* (2007), pergunta através de Brunet "para que serve a liberdade senão para ser empenhada" e Rogers diz que "o empenho pessoal é uma direcção organísmica total, envolvendo não só o espírito consciente, mas, por igual, a direcção de todo o organismo" (1978, p. 242).

A aprendizagem experiencial marca profundamente os protagonistas e implica mudanças na sua *maneira de estar* no mundo e nos seus valores pessoais. A fachada, a presunção, as atitudes de defesa, a "máscara" no rosto são valores que progressivamente tendem a ser avaliados negativamente. O agradar

aos outros como um fim em si mesmo esvanece-se progressivamente, assim como a aceitação sem crítica da imposição vinda do exterior. Assiste-se a uma valorização da autenticidade da autodirecção, das percepções e sentimentos próprios, assim como de si mesmo. O "processo" torna-se mais valorizadodo do que o "estático", assim como a abertura à experiência, tanto em relação ao seu mundo exterior como ao interior. O cuidado pelos outros, a aceitação destes, a sensibilidade em relação aos outros são valorizados positivamente, assim como o relacionamento profundo. Os processos, objectivos e mudanças verificados na aprendizagem significativa, ou "não bancária", e na terapia são próximos, senão idênticos. Rogers descreve assim a terapia e seus resultados:

> "Fique claro, desde início, que me referirei aos antecedentes da terapia centrada no cliente. Possivelmente, toda a psicoterapia coroada de êxito tem como resultado uma personalidade idêntica mas disso estou hoje menos certo do que antes, daí o propósito de estreitar o meu campo de consideração. Assim, presumo que essa hipotética pessoa que descrevo passou por uma experiência intensiva e extensiva em terapia centrada no cliente, e que a terapia foi tão completamente coroada de êxito quanto teoricamente é possível. Isso quer dizer que o terapeuta foi capaz de entrar num relacionamento intensivamente pessoal e subjectivo com tal cliente – relacionando-se, não como um cientista com o seu objecto de estudo, nem como um médico na expectativa de diagnosticar e curar, mas como pessoa a pessoa. Quer dizer que o terapeuta sente o cliente como pessoa que é, de incondicional autovalor; de valor independente das suas condições, do seu comportamento, dos seus sentimentos. Quer dizer que o terapeuta é capaz de se permitir compreender esse cliente; que nenhum obstáculo interior o impede de perceber o que se afigura ser o cliente em cada instante do relacionamento; que pode comunicar algo da sua compreensão empática ao cliente. Quer dizer que o terapeuta se sentiu bem ao entregar-se plenamente a este relacionamento sem saber cognitivamente onde o levará, contentando-se em proporcionar um clima que deixará o cliente livre para se tornar ele mesmo" (1978, p. 263).

Para o cliente, a terapia em condições óptimas significa uma exploração, dentro de si mesmo, de sentimentos cada vez mais estranhos, assim como desconhecidos e arriscados; a exploração só se mostra possível porque ele aos poucos vai verificando que é aceite incondicionalmente. Assim, entra na intimidade de elementos da sua experiência que, no passado, lhe foram negados

ao conhecimento, por serem por demais ameaçadores, prejudiciais à estrutura do seu Eu. Descobre-se, no relacionamento, a experienciar tais sentimentos de modo amplo, completo, de modo que, em dado instante, ele é o seu medo, a sua ira, a sua ternura, a sua força. E quando vive estes sentimentos amplamente diversos, em todos os seus graus de intensidade, descobre que teve uma experiência de si próprio, que ele é tudo isso que sente. Vê o seu comportamento transmudar-se de modo construtivo, de acordo com o seu "Eu", experienciando-se de uma nova maneira. Acede à verificação de que já não precisa temer a experiência, porque esta irá passar, mas pode acolhê-la, livremente, como parte do seu Eu em mutação e desenvolvimento.

Assim, podemos esperar que, no fim da terapia, o cliente-doente, tal como o aluno, será uma pessoa aberta à sua própria experiência, vivendo de maneira existencial e vendo o seu organismo como meio fidedigno de o levar ao comportamento mais satisfatório em cada situação existencial.

Se nos debruçarmos sobre as diferenças e semelhanças entre aprendizagem e terapia verificaremos que, se as técnicas variam em função dos objectivos respectivamente (facilitar o conhecimento e a aprendizagem ou aliviar o sofrimento e facilitar a qualidade e o prazer do funcionamento) e das características diferentes do cliente-aluno ou cliente-doente, as atitudes que estruturam a relação em ambos os casos são as mesmas. Nomeadamente, a congruência, o cuidado incondicional pelo cliente (o que não implica obrigatoriamente a aceitação dos seus actos) e a sua escuta activa na compreensão empática. A utilização das técnicas na ausência de atitudes está condenada ao insucesso, e as atitudes, se bem que possam ser desenvolvidas, exigem uma adesão profunda e autêntica. Atitudes "fingidas" não seriam senão técnicas, e técnicas improdutivas.

A adesão a tais atitudes exige uma tomada de posição pessoal, um empenho face ao Homem; Homem concreto e real, fazendo-se no fazer, estruturando-se ao estruturar o mundo, responsável do seu próprio projecto, face ao Homem existente e que constrói a sua essência. A congruência ou coerência consigo mesmo, no aqui e no agora da intervenção, não é possível sem uma tal adesão. O cuidado incondicional positivo só é possível na medida em que o terapeuta tem respeito pela Pessoa, pelo seu projecto, pela capacidade de actualização das suas potencialidades e pelo respeito da sua própria responsabilidade como ser humano. Significa aceitar o outro como Pessoa, sem ser obrigado a aceitar os seus actos. Como se diz, em linguagem teológica: "Deus ama o pecador, mas

recusa o pecado". Fingir que se aceita o outro, quando interiormente se estabelecem juízos de valor, é introduzir a inconsequência na intervenção, torná-la ineficaz e enganar-se a si próprio, interiorizando em si mesmo a contradição.

Empatia é delicadeza, é cuidado, é mover-se no interior do mundo dos outros sem juízos de valor, sem crítica, de forma sensível à mudança, ao sentimento do Outro, tentando compreender o movimento, respeitando o ritmo de descoberta do Outro, sem ser vivido como ameaça. É ainda aceitá-lo sem mudança ou no ritmo de mudança que ele próprio escolher, ou ainda no caminho que ele próprio traçou e que é diferente do nosso. Aceitá-lo como e quando José Régio diz: "Só sei que não vou por aí!" (Régio, 1925, p. 59).

Empatia significa, como foi dito, compreender o mundo do Outro como ele mesmo o compreende, vê-lo como ele mesmo o vê, como se o víssemos com os seus olhos, inscrevendo-nos no mesmo registo semântico. Mas que significa o discurso do Outro para nós? Quando um paciente nos diz ter nascido numa ilha e fala do seu universo insular, fala ele em termos de ilhéu, de insularidade, ou de subproletário portuense vivendo numa "ilha" da cidade? Quando nos fala de bruxas, delira ou inscreve-se num concreto cultural, bem assente na realidade? E onde está a realidade? E quem determina o que é realidade?

Empatia exige um trabalho pessoal de análise do universo do Outro visto da sua subjectividade, "o para si" do Outro, como diz C. Caldeira (1979) ao expor o seu modelo de sistema sócio-antropológico, e implica também um trabalho pessoal profundo para conhecer o "em si" do mesmo universo, a outra face da moeda, o sistema sócio-antropológico visto de uma certa "objectividade científica".

Significa conhecer a cultura na qual o sujeito se estruturou, estruturando; as instituições que tentam condicioná-lo, as formas que tomam as relações de trabalho, em suma, conhecer o melhor possível as dimensões e os referenciais do seu universo.

A arte terapêutica exerce-se lá, na diminuição da discrepância entre os dois olhares, o "em si" e o "para si" do sistema sócio-antropológico, na criação de um universo semântico comum, na construção em conjunto de um clima de facilitação no qual ambos actualizam as suas potencialidades e ambos se enriquecem numa aprendizagem mútua, na criação de um espaço de liberdade e libertador, tanto do facilitador como do facilitado.

Capítulo IX
A Dinâmica dos Grupos

O trabalho com grandes grupos, por vezes formados por centenas de pessoas, levou Carl Rogers e os seus colaboradores (1983) a proporem uma organização de encontros centrados na experiência (*workshops*), utilizando uma metodologia que consistia na relação dialéctica entre o trabalho em pequenos grupos e reuniões comunitárias e que era proposta ao conjunto dos participantes.

Em Portugal, Caldeira (1968) foi um dos primeiros a apresentar e facilitar experiências de grupo de encontro, nos quais participaram profissionais das áreas de pedagogia, enfermagem, psicologia e medicina, entre outras. Na sua esteira, alguns dos seus colaboradores assumiram também a animação de grupos de encontro contribuindo, assim, para a sensibilização de um maior número de pessoas aos princípios preconizados pela Abordagem Centrada na Pessoa.

O *Workshop* «Grupos de Encontro» a que nos referimos, o primeiro de uma longa série que tivemos ocasião de facilitar ou orientar, foi organizado com o objectivo de possibilitar uma experiência pessoal significativa às pessoas que se sentiam motivadas para realizar este tipo de vivência. Dele faziam parte pessoas com diferentes formações profissionais, nomeadamente em pedagogia, em saúde, em psicologia e ainda alguns formandos no âmbito da psicoterapia.

Na nossa reflexão sobre este *Workshop,* fomos interpelados por vivências que denomináмos “ponto de chegada” - no encontro consigo mesmo e com o outro – e “ponto de partida” – partindo da convicção da possibilidade de mudança a partir do que foi vivido.

Foi sugerido ao grupo que o trabalho se desenvolvesse alternando os participantes entre sessões comunitárias, incluindo todos os elementos num grande grupo, e sessões em pequenos grupos, nos quais se inscreviam os elementos, distribuindo-se equitativamente.

No grande grupo, como suporte à comunicação, os participantes lançaram temas, definiram regras de funcionamento do grupo e, inicialmente, a expressão de conteúdos parecia interessar mais aos participantes do que a expressão de sentimentos.

Na passagem aos pequenos grupos estes suportes de comunicação começaram a ser abandonados, gradualmente, e a comunicação verbal e não-verbal entre os participantes aumentou muito rapidamente, podendo ser experienciada a vivência do encontro. Assim, a expressão dos sentimentos foi cada vez mais possível, apesar de, ao falar de amor, o grupo sentir a necessidade de passar por diferentes gradientes, isto é, ao falar-se de amor foi-se agredido e ao falar-se de agressão foi-se amado.

Fomos constatando a existência de um movimento de alternância que servia de fio condutor entre o grande grupo e os pequenos grupos. Por vezes, mesmo se na passagem dos pequenos ao grande grupo havia confrontação e desintegração, era possível também a reconstrução da comunicação a um outro nível, o fio condutor era retomado e novamente servia como elo integrador nos pequenos grupos, chegando, assim, ao momento que definimos como "ponto de chegada" – a possibilidade do encontro, a que Rogers (1980) chama "o encontro básico, a relação imediata, de pessoa a pessoa" (p. 45).

O grupo de encontro foi "ponto de partida", na medida em que facilitou a possibilidade de experienciar uma vivência que conduziu à expressão de sentimentos profundos num curto lapso de tempo. A inter-relação estabelecida entre os participantes permitiu olhar para si mesmo, sentir como por vezes a pessoa se sente isolada, mas, no entanto, o encontro pode acontecer. Foi ainda "ponto de partida" ao criar novos padrões de relacionamento pela abertura à experiência.

A intervenção dos facilitadores[1], quer nos grandes quer nos pequenos grupos, integrou-se numa atitude centrada no grupo, caracterizada pela manutenção de atitudes de congruência, de escuta incondicional positiva e de compreensão empática. Assim, foram suas preocupações o respeito pelo movimento do grupo, a criação de um clima de segurança no qual a atmosfera era pautada pelo respeito pelo outro, podendo cada um viver a sua própria totalidade na relação com o

---

[1] Designação utilizada por Rogers quando se refere aos membros da equipa que têm como finalidade gerir a comunicação e o processo do grupo.

facilitador, com o(s) outro(s) membro(s) do grupo, ou mesmo no silêncio. De referir a dificuldade sentida por alguns facilitadores na relação dialéctica em que se encontravam (participante-facilitador) e no distanciamento/presença/participação que a facilitação supre e implica.

Após cada sessão, os facilitadores reuniam-se para uma análise compreensiva do movimento do grupo, segundo a perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa – momento fundamental da compreensão, da integração e da clarificação das experiências, permitindo um afinar da compreensão empática nos momentos sucessivos.

Fazendo o balanço deste W*orkshop* «Grupos de Encontro», podemos defini-lo como um espaço de comunicação, um espaço de sensibilização à relação e, também, um espaço motivador ao desenvolvimento de uma reflexão teórica dos membros da equipa, facto extremamente importante no aperfeiçoamento de competências para futuras intervenções.

Em suma, diremos que se aprende fazendo, e que a relação se aprende na vivência. Ficámos com o sentimento de termos sido mais enriquecidos e aprendido mais nestes poucos dias, pela vivência, do que em inumeráveis leituras e trabalhos teóricos encontrados ao longo da nossa experiência e formação.

Capítulo X
O Problema da Toxicodependência Visto numa Perspectiva Holística na Pessoa

Uma abordagem global da pessoa integra-a, inevitavelmente, num contexto histórico; considera a pessoa inscrita na história, na sua história. A problemática da toxicodependência é complexa e não poderia deixar de o ser, na medida em que ela diz respeito à pessoa humana, ser complexo por excelência. Seria, sem dúvida, extremamente agradável ter soluções fáceis, imediatas, lineares, mas a complexidade inerente a este problema implica a complexidade na resposta. Assim, tentaremos dar uma panorâmica do Homem na sua globalidade, através de um olhar sobre a especificidade do seu desenvolvimento.

Ao observarmos um pinhão é difícil imaginar que dentro daquele pinhão, em potencialidade, existe um magnífico pinheiro. Este, pode vir a ter formas muito diferentes que estão em relação com as condições ideais, ou não, em que esse pinhão se vai desenvolver e germinar. Assim, por exemplo, à beira-mar, nas zonas batidas pelas nortadas, os pinheiros são rasteiros, completamente desnudados de um lado, todos torcidos, indicando pela sua inclinação a força e a direcção dos ventos a que estão expostos. Quando estão agrupados as copas associam-se desenhando um formato mais ou menos circular. Mas, à medida que avançamos para o interior do pinhal já surgem com certo porte e mais ainda para o interior têm a altura de um homem ou mais; isto é, quando protegidos dos ventos agrestes das nortadas, encontramos pinheiros na maturidade completa, na plenitude do seu desenvolvimento. A mesma planta, o mesmo pinhão, num local surge completamente torcido, por vezes com um ar miserável, e, noutros, aparece como uma árvore em plena pujança.

O ser humano, como qualquer outro ser vivo, nasce tendo em si potencialidades de ser, potencialidades que, infelizmente, nem sempre encontram as

condições desejadas, necessárias, para um completo desenvolvimento da pessoa, numa actualização total das suas competências e capacidades.

Curiosamente, o ser humano existe muito antes de nascer. Na linha da diacronia, na linha do tempo cronológico, do tempo histórico, podemos considerar, do nascer ao morrer, a existência de um espaço privilegiado no qual o ser humano se realiza ou tenta realizar. Mas, mesmo já antes, quando não depois, a sua presença existe, permanece, *é*.

Precedendo o nascer, existe uma espécie de "árvore" que se perde na noite dos tempos, da qual fazem parte os pais, os avós e os antepassados. Esta "árvore" é, na criança que vai nascer, responsável pelo património genético que, em si, constitui uma riqueza pelas diferentes variabilidades que possibilita, nomeadamente, ter os olhos da mesma cor dos olhos do avô de quem a mãe ou o pai tanto gostavam e é, também, o que permite ter o cabelo como o avô alcoólico de quem, na família, ninguém gostava. É o que nos permite ter uma boa saúde, mas é também o que nos "permite" nascer com uma doença grave de transmissão genética ou com deficiências marcantes para a nossa vida. Apesar de considerarmos o papel da herança genética, este não é, no entanto, a única coisa importante. A criança é investida muito antes do seu nascimento pelos sonhos e projectos dos seus pais. E, ainda criança, já esboça os projectos que se perpetuarão no tempo, pois que cada um, desde a mais tenra infância, se projecta já no futuro, num futuro que o ultrapassa.

Contudo, muitas situações apresentam-se com uma carga altamente negativa, por exemplo, a criança que não foi desejada em resultado de uma violação. São, por vezes, situações tremendamente trágicas que fazem com que uma criança ao nascer não seja objecto de alegria para a família, mas antes uma carga, uma tristeza, algo conotado como uma tragédia ou uma infelicidade e, infelizmente, com impacto negativo em si.

É, assim, extremamente importante termos consciência de que a criança ao nascer não aparece como uma tábua rasa num universo que é o nosso. Ela surge como um ser já há muito em crescimento, num espaço-tempo que ultrapassa largamente o tempo da "gestação". É um ser em crescimento, através da actualização das potencialidades não só de uma carga genética, mas também de uma carga afectiva, emocional, social, moduladas na circunstancialidade de uma gravidez, podendo esta ter-se passado bem ou mal, nomeadamente em situações de sofrimento, de doença, ou de *stresse* psicológico.

À nascença, a criança vive numa situação curiosa de confusão entre ela e a mãe e numa total dependência desta, dependência que é física e emocional. Durante um certo período, a criança desconhece as fronteiras entre o mundo exterior e ela própria. Um bebé olha para os dedos, põe os dedos na boca e, ao fazê-lo, apercebe-se de sensações em dois pontos diferentes: no dedo que é mordido e na boca que morde. Durante um certo período, a boca vai ser para a criança um instrumento de descoberta das fronteiras entre ela e o mundo exterior. Com a idade perdemos a flexibilidade que no caso do bebé lhe permite meter o dedo do pé na boca e mordê-lo, facto que lhe vai possibilitando distinguir entre o "eu" e o "não-eu", entre "isto é meu" e "isto não é meu". No entanto, quando mete um brinquedo na boca, só tem sensações na boca, então havendo ali qualquer coisa diferente entre o morder o dedo e "sentir" em dois lados diferentes. Ao mesmo tempo, o bebé vive num mundo curioso, no qual, quando tem fome e chora, a boca se enche de leite, como por milagre; quando está molhado, chora e deixa de estar molhado; quando está desconfortável, porque sente uma "papa" no rabinho, chora e esta desaparece. É um mundo estranho e maravilhoso, mas nesse mundo, o que é que existe na realidade?

Nesta fase do desenvolvimento, podemos conceptualizar esse mundo (tendo, contudo, o cuidado de evitar a reificação do conceito), como sendo um universo em que a única dimensão relacional que existe é a da pessoa com ela mesma. É um universo que também pode ser considerado como um sistema de subsistemas, em que os dois aspectos fundamentais são o biológico e o psicológico, que começam a organizar-se e a aparecer, a surgindo através desta exploração das fronteiras entre "mim" e "fora de mim".

Rapidamente, a criança começa a ter consciência de que nem sempre quando ela chora e tem fome a boca se enche de leite. Experiencia pausas, isto é, experiencia um outro aspecto importante do universo que é o tempo fragmentado, o tempo ritmado; toma consciência, progressivamente, de que existe uma outra pessoa para além das fronteiras do seu universo e, se as fronteiras, de início, são muito frágeis, progressivamente elas vão-se desenhando, clarificando e ganhando consistência. Essa pessoa é a mãe ou quem desempenhar esse papel maternal. Numa primeira fase, a dimensão relacional é a Pessoal, isto é, da pessoa consigo mesma; nesta segunda fase, vemos aparecer um novo tipo de relacionamento, a relação interpessoal, que consiste na relação de pessoa a pessoa, da criança

com a sua mãe. Progressivamente o universo da criança, do Homem em devir, enriquece-se com uma outra dimensão.

Esta descoberta da mãe como Pessoa, singular, parece-nos explicar o movimento em que a criança, a partir de uma certa idade, deixa de sorrir a qualquer pessoa que se aproxima dela, mesmo que seja um cartão redondo com dois buracos, para começar a chorar quando alguém que não é a mãe se aproxima dela. Gradualmente, o Outro é reconhecido como ser importante e, ao mesmo tempo, estabelece-se uma qualidade de relação ímpar – a relação com a mãe, a relação a dois, a relação dual.

À medida que o processo de desenvolvimento progride, a criança começa a tomar consciência de que essa relação privilegiada com esse outro ser, a mãe, é “perturbada” pelo facto de sentir que outras pessoas entram em “competição” consigo, através do seu interesse pela mãe e pela sua presença. Essas outras pessoas podem ser o pai, a irmã ou o irmão, o vizinho, ainda que comummente sejam o pai ou os irmãos. A criança vai enriquecer o seu universo relacional de uma qualidade de relação nova, suplementar – a qualidade de relação que estabelece com o grupo através da partilha, uma partilha que nem sempre é fácil. Compartilhar um brinquedo ou uma sobremesa nem sempre é fácil, mas partilhar a atenção e o carinho de uma mãe ainda o é menos. Há momentos em que há grandes movimentos de partilha, como dar brinquedos, emprestar brinquedos, mas há outros em que a “necessidade” de equidade vai até ao ponto de cada um contar quantas ervilhas há no prato do outro.

Tal como já foi dito acima, o universo da criança enriquece-se com esta nova dimensão, a grupal, ou, utilizando um outro registo semântico, aparece como um sistema integrando três subsistemas: o pessoal, o interpessoal e o grupal.

A criança vai crescer, vai desenvolver-se, actualizando as suas potencialidades ao longo da adolescência e no contacto com a escola, para, ao findar esta, entrar em contacto com uma nova dimensão relacional, a do trabalho-salário, a chamada relação organizacional, num contexto de produção/salário/consumo, na qual o trabalho realizado é pago através de um salário. É uma outra relação particular e irredutível às relações precedentes.

Todos conhecemos o patrão paternalista. Detestado ou amado pelos seus empregados, ele significa sempre uma parasitagem da relação organizacional, em função de dimensões anteriores de relacionamento, vivenciando uma certa perversão das relações.

Frequentemente, esta passagem à dimensão do organizacional é demasiado precoce, o que aumenta ainda mais a contaminação a que fazíamos referência. Quantas vezes não ficamos maravilhados ao apreciarmos um tapete do Oriente, sem tomarmos consciência de que quanto mais fino é o tapete mais nós tem por centímetro quadrado, sendo necessários à sua elaboração dedos cada vez mais pequeninos? Cada uma dessas carpetes maravilhosas, de alta qualidade significa que um certo número de crianças entraram em contacto com esta nova qualidade relacional, a do trabalho-salário, num momento em que a sua maturação, a estruturação das suas qualidades anteriores de relacionamento não estavam ainda suficientemente actualizadas para lhes permitirem protegerem-se e progredirem no seu desenvolvimento.

Diremos então que a pessoa em desenvolvimento se encontra numa fase que, na nossa sociedade, começa aproximadamente entre os dezasseis a dezoito e os vinte e cinco a vinte e oito anos de idade, com um universo a quatro dimensões relacionais, ou, se quisermos utilizar uma linguagem sistémica, num sistema de quatro subsistemas: o pessoal, o interpessoal, o grupal e o organizacional.

A pessoa continuará a progredir, a actualizar as suas potencialidades e, progressivamente, vai entrar em contacto com uma nova qualidade de relação, através do contacto com as grandes instituições da sociedade: não só a escola de que já falámos, mas também com a instituição militar, a justiça, a política, entre outras. É importante ter em mente que cada uma destas qualidades de relação é irredutível a qualquer uma das outras, ainda que, como já foi dito, ela possa ser contaminada por qualidades relacionais de uma outra dimensão. Ao nível desta dimensão de relacionamento, designada institucional societária, todos conhecemos a tendência que alguns homens de Estado têm para se considerarem como "o Pai" da nação ou dos povos sob a sua autoridade. A tendência a esta perversão da relação é uma constante e, na história das nações, podemos enumerar alguns casos, nomeadamente, Salazar, em Portugal, e Estaline, na URSS, que se consideravam "os 'pais' dos pobres", os quais, contudo, eram os seus concidadãos; quer num caso, quer no outro, as sociedades pagaram caro essa perversão da relação.

É importante ter consciência de que cada qualidade relacional é sempre diferente das precedentes e, quando há confusão ou parasitagem, a situação torna-se problemática, pois há sempre um momento de regressão na actualização das potencialidades da pessoa.

Por último, consideramos que existe ainda uma outra qualidade de relação que se vai estabelecendo ao longo da evolução da pessoa, a qual consideramos importante. Sendo o Homem um animal curioso, interroga-se: Quem sou? O que sou? De onde vim? Para onde vou? Quem me criou? Quem fez a Terra? A estas interrogações que, progressivamente, lhe surgem ao longo da vida, o Homem vai dando respostas em função do seu estado de desenvolvimento, estratégia de funcionamento que no ser humano é geral. Por exemplo, quando mostramos a uma criança um copo estreito e outro largo e vertemos água até ao mesmo nível em ambos os copos, ela dirá, até uma certa idade, que a quantidade é igual em ambos, pois que o nível é o mesmo. Mas, tempos mais tarde, com o evoluir do seu desenvolvimento cognitivo, se lhe falarmos da experiência efectuada, não hesitará em responder que o copo mais largo tinha mais quantidade. Quer dizer que há uma maneira de raciocinar, de reflectir, que é feita em função do desenvolvimento da pessoa. O mesmo se passa com a educação sexual das crianças, isto é, os pais progressistas podem explicar à criança como é que as coisas acontecem na realidade, mas, no entanto, se lhe fizermos perguntas sobre o assunto, esta responderá, num primeiro tempo, como os pais lhe ensinaram e mais tarde lembrar-se-á de que os pais lhe disseram a verdade sobre o assunto; contudo, num segundo tempo, se tentarmos avaliar exactamente o que pensa, constatamos que dará uma explicação própria da sua idade, qualquer que seja a informação correcta que lhe tenha sido dada. Por exemplo, numa certa idade, para algumas crianças, o bebé será inevitavelmente o resultado de qualquer coisa que a mãe engoliu.

Podemos dizer que traduzimos e interpretamos o mundo em função do estado do nosso desenvolvimento psicoafectivo e cognitivo e, assim, as respostas que a criança vai dando às questões fundamentais sobre o próprio sentido da existência vão variando, ainda que a resposta mais tradicional (na nossa cultura judaico-cristã) faça referência ao divino: “foi Deus que criou o Homem, foi Deus que quis, nós estamos cá por vontade de Deus”. No entanto, quantas vezes é um Deus “parasitado” por outras relações mais regressivas ou mais precoces do nosso relacionar? Assim, Deus é um Pai mais ou menos bem-disposto em relação a nós, mais ou menos benévolo, mais ou menos justiceiro, mais ou menos severo, sendo o mundo resultado de uma criação Sua, feito à Sua imagem e semelhança. Contudo, progressivamente, decanta-se uma nova qualidade de relação, a do Homem ao Absoluto, à Transcendência, a um Deus, que, numa livre escolha e numa opção adulta, não será mais construído à imagem e semelhança do Homem,

ou do seu pai. Faz-se a transição de um Deus que deixa de ser antropomórfico para ser um Deus que nos ultrapassa, que ultrapassa mesmo a nossa capacidade de conceptualização, e que muitos teólogos consideram como indescritível.

Segundo a nossa perspectiva, ao longo da evolução da pessoa, vai desenvolver-se uma sexta dimensão relacional, a que chamamos qualidade de relação ao Transcendente. Freud, que se dizia ateu e considerava que a religião era a "neurose da humanidade", tal como antes já alguém tinha dito que a religião era o "ópio dos povos", admitiu, no decurso de uma das suas discussões com um grande escritor e filósofo francês, Romain Rolland, a existência de um "sentimento oceânico", nome que utilizou à falta de melhor. Presentemente, podemos admitir, tal como o antropólogo Sapir (1967), que "para um indivíduo normal crer na existência das moléculas ou dos átomos, crer em Deus ou na imortalidade da alma é exactamente o mesmo" (p. 195). Pessoalmente, neste momento, preferimos falar de relação noética ao referirmo-nos ao que Freud (1963), na sua carta de 20.07.1929 a Romain Rolland, mencionava como "sentimento oceânico" (p. 434).

Assim, podemos considerar que o Homem em plena actualização das suas potencialidades aparece como um universo com seis dimensões relacionais, ou, dito num outro registo semântico, como um sistema de sistemas, integrando seis subsistemas: pessoal, interpessoal, grupal, organizacional, institucional-societário e noético, sendo mais um universo a seis dimensões do que um sistema no sentido habitual do termo.

Qual é a relação de tudo o que referimos até aqui com a toxicodependência? Queríamos com isto sublinhar que cada uma destas qualidades relacionais tem o seu especialista. Centrando-nos no aspecto biológico da criança quando nasce, verificamos que o pediatra tem uma predilecção especial por este ser e que, à medida que ele se complexifica, as pessoas que estão altamente empenhadas nesta dimensão de intervenção (biológica) têm tendência a reduzir a complexidade deste ser a essa única dimensão. Por exemplo, presentemente, nós sabemos que o cérebro dos toxicodependentes, sejam eles toxicodependentes de drogas ditas do Hemisfério Norte, como o álcool e o tabaco, ou de drogas do Hemisfério Sul, como o haxixe e a heroína, parece não funcionar da mesma maneira que os outros. Ao efectuar-se a análise do conhecimento do cérebro, verifica-se que há anomalias, isto é, aquilo a que se chama anomalias electroencefalográficas P 300, as quais se encontram não só no cérebro das pessoas que são toxicodependentes

mas também em outros indivíduos que fazem parte da mesma linha genética. Internacionalmente, este facto tem suscitado o interesse de um grande número de cientistas, que procuram encontrar uma solução biofísica ou biofarmacológica para o problema da toxicodependência. Assim, quando nós enunciamos outras dimensões da pessoa, eles posicionam-se de uma forma crítica, dizendo que isso é uma explicação sem fundamento, ou seja que é metafísica.

Mas se nos debruçarmos, agora, sobre outros especialistas da relação, nomeadamente da relação a dois, estes encontraram "boas" relações, como a relação do alcoólico com a garrafa, ao fazerem uma analogia com o biberão. Especificamente nesta área, existe um campo imenso de pesquisa, nomeadamente a investigação que tem incidido sobre a psicodinâmica, sobre a psicanálise do alcoolismo, sobre a psicoterapia do alcoolismo e todo o trabalho sobre as toxicodependências em geral. Assim, para as pessoas que estão empenhadas neste domínio, nesta área de especialização, a tendência é para o reducionismo, acreditando que a solução para o problema das toxicodependências passa pela resolução de todos os conflitos intrapsíquicos, através de uma abordagem psicoterapêutica, quer esta seja psicanalítica quer seja centrada na pessoa.

Seguidamente, referimos os especialistas de grupo e, para estes, é evidente que o problema se situa ao nível do grupo. O primeiro grupo em que nos inserimos, no decorrer da nossa existência, é o da família – um grupo com características específicas, sem dúvida, mas um grupo. Actualmente, tem surgido um grande número de especialistas de grupo, em geral, e do grupo familiar, em particular, tendo estes uma tendência natural para o redutivismo ao problema familiar, isto é, na sua perspectiva, a toxicodependência pode ser resolvida com uma abordagem específica – a terapia familiar – modificando o sistema familiar no qual essa pessoa está inserida.

Para outros estudiosos, o plano que lhes interessa é o da dimensão organizacional, investindo desta forma no problema da injustiça social ao nível das relações laborais, empenhando-se na luta sindical, por exemplo. Estes estão convencidos de que a luta pela resolução de problemas, tais como, o fim do desemprego, a criação de condições de trabalho para todas as pessoas e a sua satisfação pessoal no trabalho, no fundo, seria a solução dos problemas ligados à dimensão organizacional, e que esta resolveria de maneira definitiva o problema da toxicodependência, ou melhor dizendo, não só da toxicodependência mas de todos os outros problemas da sociedade.

Existem, ainda, outras pessoas que investem na dimensão designada de institucional-societária, a da luta no âmbito político. Neste caso, defende-se a existência de uma sociedade mais justa, mais democrática, na qual os direitos da pessoa devem ser respeitados e as oportunidades devem ser iguais para todos. Mesmo admitindo que ela é impossível e que só é possível como utopia, existe a convicção de que as utopias só se podem realizar na medida em que se luta por elas e na medida em que têm raízes fortes. Deste modo, estas pessoas têm tendência a reduzir o problema a esta única dimensão de funcionamento que é a dimensão do político, do institucional, do institucional-societário.

Referimos, ainda, aqueles para quem a única dimensão, o que enche a sua vida, é a dimensão noética. Pessoas empenhadas em Deus, na sua confissão religiosa, no seu plano espiritual, na sua vocação. Cheios de entusiasmo e com a convicção de que Deus pode resolver tudo, o que do nosso ponto de vista é verdade, mas também é verdade que os caminhos de Deus não são os nossos e que não podemos assim tão facilmente "forçar" a mão de Deus. Estas pessoas têm tendência a esquecer tudo o resto, mesmo que ocasionalmente o possam mencionar, tentando reduzir toda a múltipla riqueza da criação Divina a uma única dimensão, o que faz com que o Homem seja uma alma desencarnada, e quanto mais desencarnada mais perfeita se considera.

Ora o Homem é um ser complexo e o problema da toxicodependência, como todo o problema humano, é também ele um problema complexo no qual todas estas dimensões estão presentes, pelo que todas elas devem ser tomadas em consideração. A abordagem do problema da toxicodependência, ou melhor dizendo, a abordagem do problema do toxicodependente concreto, real, que é da nossa família, que vem ter connosco, que nós conhecemos, tem de ser uma abordagem transdisciplinar, englobante de todas essas dimensões. A pessoa deve ter um cuidado absoluto com a vida. O seu corpo, tantas vezes maltratado, com doenças, doenças específicas, tem de ser tratado mas, por vezes, a qualidade de relação com esta pessoa em sofrimento desaparece em certos momentos. Diremos que essa qualidade de relação tem de ser restaurada, trabalhada e enriquecida. Deste modo, o funcionamento do grupo, na comunidade e na família, tem de encontrar outros modos mais adaptados, que permitam a actualização das potencialidades do grupo. As qualidades de relação de inserção profissional dessa pessoa têm de ser melhoradas, cuidadas, tratadas.

Finalmente, mesmo os aspectos do institucional-societário não podem ser descurados. Temos de continuar a empenhar-nos para que respostas globais possam ser dadas. A actividade desenvolvida por instituições que se empenham na recuperação e na prevenção da pessoa toxicodependente é quase como se quiséssemos "esvaziar o mar com uma colher de sopa", mas é o que é possível fazer neste momento. Este esforço não pode ser desprezado, mas não podem também ser ignoradas as investigações que têm por objectivo repensar a sociedade, as suas instituições e o seu funcionamento.

E, para terminar, salientamos a relação com a Transcendência, cuja qualidade está altamente perturbada. Numa certa época, um especialista europeu, perito em toxicodependência, dizia que na relação do toxicodependente com a sua droga, nomeadamente daquele que utiliza drogas duras, o momento em que ele se injecta, o momento do *flash*, é um momento de prazer ao qual nada há de comparável. Segundo ele, a analogia mais próxima que se pode fazer será a do orgasmo sexual. Em conclusão, o prazer que a sociedade tem para oferecer é sempre inferior em qualidade, mas é um prazer, e é uma relação em que o Absoluto desapareceu; a droga, a substância psicofarmacológica, tornou-se numa outra forma de "absoluto" que perturbou a capacidade de entrar em consonância com o Absoluto. Para o toxicodependente, a maior parte das vezes, o problema surge quando a quantidade necessária para obter o mesmo nível de satisfação de prazer ultrapassa a quantidade que o seu corpo pode absorver; quantas vezes não nos confrontámos já com rapazes e raparigas que vêm pedir para serem desintoxicados somente para poderem sentir outra vez o prazer que já não sentem e, no entanto, podemos ter uma compreensão holística, total, global do ser humano. Consideramos que as diferentes disciplinas devem encontrar-se com humildade, num esforço comum, transdisciplinar, e nesse esforço comum há lugar para o biomédico, para o psicoterapêutico, para o familiar, para o sindical, para o político e também para o espiritual.

Capítulo XI

Abordagem Centrada, Pedagogia, Relação de Poder e Ética

Na Grécia Antiga o pedagogo era o escravo responsável por conduzir a criança à escola. Com a evolução da civilização, de escravo passou a professor e a mestre, ganhando assim o estatuto na nossa civilização tecnológica de perito na arte ou, como talvez se prefira dizer, hoje em dia, nas ciências da educação.

A mudança de estatuto de escravo a mestre é, para nós, altamente significativa. De ao "serviço da criança", passa a "mestre da criança". O saber é poder que se capitaliza. A actualização do potencial de poder que o saber implica foi-se realizando ao longo da história naquilo a que chamaremos "relação pedagógica", (Paulo Freire, 1974) e que alguns têm visto como uma relação de opressão, um mecanismo de conquista e conservação de poder, baseado na alienação da liberdade do outro.

Numa relação, é preciso ter em consideração o sujeito que se relaciona, o objecto de referência, e a razão pela qual o primeiro termo está em relação com o segundo. Numa relação, o termo relacionado é modificado pela relação, a qual só é mútua quando, simultaneamente, ambos os seus termos são modificados por esta, sendo cada um ao mesmo tempo sujeito e objecto na relação com o outro.

As relações podem ser de equivalência ou de desigualdade, simétricas ou assimétricas, por vezes, de oposição ou rejeição. Uma relação simétrica será aquela em que os dois termos da relação são sujeitos, ou dito de outra maneira, ambos se encontram numa relação de sujeito a sujeito. A capacidade do ser humano para entrar em relação é, sem dúvida, etologicamente determinada, mas a sua especificidade reside na necessidade de entrar em relação, para poder existir como Humano.

A relação pedagógica surge, à partida, marcada pela assimetria relacional. A criança, como ser nascido inacabado, a criança conduzida (no sentido etimológico

da pedagogia), a criança em formação, parece de pouco peso face ao condutor, ao formador, ao instrutor, ao depositário do saber a transmitir. "De pequenino é que se torce o pepino", diz a sabedoria popular, significando o uso da força na utilização da fraqueza para "fins louváveis", e mesmo se acrescenta, "Quem torto nasce, tarde ou nunca se endireita".

A relação pedagógica foi-se decantando na verdade das Escolas, quantas vezes "capelas", em função das modas, das ideologias, dos "conhecimentos científicos" do momento, e em função de estilos pessoais na forma de perspectivar a relação – dando um maior ênfase aos aspectos ditos formativos da relação, outros à utilização da relação na transmissão de conteúdos. É evidente, contudo, a presença de uma constante: a relação pedagógica é intrinsecamente uma relação assimétrica. Esta assimetria pode ser mais ou menos aparente, evidente na pedagogia das crianças e mais subtil e discreta na pedagogia dos adultos, não deixando, no entanto, de se explicitar quando se observa atentamente a natureza da relação no espraiar da sua actualização.

Paulo Freire (1974), ao analisar as características da relação pedagógica tradicional, a que ele chama "bancária", sublinha os aspectos extremos e caricaturais dessa assimetria. Para ele, o diálogo, indispensável na relação de sujeito a sujeito, de educador a educando, "desaparece numa relação de narração" (p. 50), a qual é característica do antidiálogo, onde o narrador-sujeito-educador se encontra face a um auditor-objecto-educando, isto é, a um objecto passivo por excelência.

A narração petrifica a palavra, esvaziando-a do concreto-vida; de mensagem comunicada torna-se ruído, de significado possível transforma-se em significando de um outro discurso – discurso alienante, discurso de poder ancorado na relação de poder que estabelece e perpetua.

O postulado de base é o de que o educador sabe o que o educando ignora. A ignorância de um é a razão de existir do outro, implicando portanto a noção de profunda interdependência sem a qual a "relação" não existe. Sem educando não há educador; a existência do objecto é indispensável para a existência do sujeito. O poder do sujeito-educador assenta, paradoxalmente, no objecto-educando.

A assimetria da relação da "pedagogia bancária", na terminologia de Paulo Freire implica, homens-objectos e explicita-se através de regras evidentes de funcionamento:

Ao fazer esta análise da relação pedagógica tradicional, o autor faz a crítica de uma relação de opressão, propondo como alternativa uma "pedagogia dos

oprimidos", pela qual estes se libertariam a si próprios, abrindo, assim, [pensa ele] a única via possível de libertação para os opressores.

As relações assimétricas aparecem inevitavelmente como potencialidade de poder. O nosso conforto quotidiano e o motor das nossas tecnologias são accionados pela actualização das potencialidades da assimetria, quer ela seja termodinâmica, electromagnética ou outra. O poder oriundo da assimetria relacional aparece como um caso particular, ao nível do relacionamento humano, de uma característica geral das relações assimétricas. A natureza, legitimidade e actualização deste poder impõe-nos, contudo, uma reflexão sobre as implicações éticas desse mesmo poder.

A relação pedagógica não é com certeza a única a ser confrontada com o questionamento ético da utilização do poder derivado da assimetria relacional. A relação médico-doente, a relação psicoterapêutica e, de maneira mais geral, as relações de ajuda em quaisquer dos campos privilegiados pela "visão do existir bio-psico-sócio-cultural" do Humano, como refere Barahona Fernandes (1970), também se confrontam com este mesmo questionamento, ao qual respondem tradicionalmente pela elaboração de códigos deontológicos próprios a cada profissão, servindo de barreiras de protecção contra tentações taumatúrgicas ou totalitaristas. Este autor, que introduziu a noção de antropociências, propõe o conceito de antropoética, dizendo: " (...) se ousamos propor o uso do conceito de 'antropoética' é porque pensamos – a partir da nossa experiência de mais de meio século de cuidar dos que sofrem – que é necessária uma visão global (*conspectiva* – ou seja, actual, retro – e prospectiva) dos problemas humanos – a todos os níveis tanto biológicos como psicológicos e sociais" (p. 7).

"A ética da problemática humana – a antropoética – radica-se deste modo no nosso ponto de vista convergente (das múltiplas disciplinas em interacção multidisciplinar e a co-acção tanto naturalistas como humanistas) e liga-se ao nosso modelo da personalidade". Continua Barahona Fernandes: " (…) que centra essas disciplinas no estudo da pessoa humana, as múltiplas 'antropociências'". E referindo-se mais especificamente ao campo da medicina, lembra que: "Já não basta a formalização legal e deontológica das regras, preceitos e interdições do nosso proceder. Carecemos de sensibilizar-nos a uma reflexão mais aprofundada e sócio-histórico-culturalmente fundamentada dos 'problemas de consciência' levantados em cada caso clínico. Daí o interesse e a necessidade da Ética: a filosofia dos valores. Os cuidados médicos, além de deverem assentar numa

base científica e uma técnica adequada, devem também ser eticamente válidos, quer dizer 'certos', justos, legítimos" (pp. 6, 7). Dito de uma forma singela, visando o "bem" e só o bem dos nossos doentes. Contudo, B. Fernandes deixa, aparentemente, em suspenso a questão primordial, isto é, quem determina e como se determina o que é o "bem" dos nossos doentes.

A preocupação da protecção que oferece o código deontológico (A quem protege? Ao cliente do poder do profissional ou ao profissional de os seus "demónios" de "aprendiz de feiticeiro"?) exemplifica-se no código de deontologia da Associação Suíça dos Profissionais de Trabalho Social (*Avenir Social*) quando diz:

– [O assistente social] não abusa das suas relações profissionais em seu próprio proveito (Art. 4, parág.4);
– (…) evita abusar do poder que lhe confere um mandato ou o seu conhecimento de uma situação (Art. 5, parág.3);
– (…) encoraja os utentes ou clientes para uma maior independência e responsabilidade (Art. 4, parág.3);
– (…) abstém-se de qualquer acto que atinja a integridade física ou psíquica do utente ou cliente (Art. 5, parág.5);
– (…) partilha os seus conhecimentos profissionais e as suas experiências com os seus colegas, contribuindo ao faze-lo, para o enriquecimento do saber profissional (Art.13, parág.1).

A mesma preocupação se encontra no código de deontologia da Associação Americana dos Psicólogos, no qual se inspiraram várias associações de psicólogos ou de psicoterapeutas (incluindo, por exemplo, a Associação Europeia de Terapia Centrada no Cliente e de Abordagem Centrada na Pessoa "Carl Rogers").

"Os psicólogos estão empenhados no desenvolvimento do conhecimento profissional e científico do comportamento e na compreensão de si mesmos e dos outros, e em utilizar esse conhecimento para melhorar a condição dos indivíduos, das organizações e da sociedade. Os psicólogos respeitam e protegem os direitos civis e humanos e a importância central da liberdade de questionamento e expressão na investigação, no ensino e na publicação. Esforçam-se por ajudar o público a desenvolver juízos e escolhas informadas sobre o comportamento humano. Nesta actividade desempenham muitos papéis, tais como, o de investigar, educar, diagnosticar, de terapeuta, supervisor, consultor, administrador,

interveniente social, e perito forense" (Preâmbulo dos «Princípios éticos dos Psicólogos e Código de conduta – 2002»[1]).

"Os psicólogos esforçam-se continuamente para desenvolver e manter a sua competência" (Princípio 2.03).

"Os psicólogos devem abster-se de iniciar uma actividade quando sabem, ou deveriam saber, que provavelmente os seus problemas pessoais os impedirão de a realizar de maneira competente" (Princípio 2.06. a). "Quando tomam consciência da interferência dos seus problemas pessoais no seu trabalho, tomam medidas apropriadas, tais como, pedir ajuda profissional e determinar se devem limitar, suspender ou terminar os deveres relacionados com o trabalho" (Princípio 2.06. b).

"Os psicólogos responsáveis por programas de educação e de formação tomam medidas razoáveis para garantirem que os programas são projectados de modo a fornecerem o conhecimento e experiências apropriados" (Princípio 7.01).

"Os psicólogos não exploram pessoas sobre as quais têm autoridade de supervisão ou de avaliação, ou outras relações de autoridade, tais como, clientes/pacientes, estudantes, supervisados, participantes em investigação e empregados" (Princípio 3.08).

"Os psicólogos não praticam assédio sexual" (Princípio 3.02).

"Os psicólogos não estabelecem relações sexuais com estudantes ou supervisados do seu departamento, agência, ou centro de formação ou sobre quem têm ou provavelmente terão autoridade de avaliação" (Princípio 7.07).

"Os psicólogos não estabelecem intimidade sexual com clientes actualmente em terapia" (Princípio 10.05).

"Os psicólogos não estabelecem intimidade sexual com parentes próximos, ou detentores de custódia ou, pessoas significantes de clientes/pacientes actuais. Os psicólogos não terminam a terapia para tornearem este princípio" (Princípio 10.06).

"Os psicólogos não aceitam como clientes/pacientes em terapia pessoas com quem tiveram intimidade sexual" (Princípio 10.07).

"Os psicólogos não estabelecem intimidade sexual com antigos clientes/pacientes, mesmo depois de um intervalo de dois anos, excepto nas circunstâncias mais excepcionais" (Princípio 10.08b).

---

[1] http://www.apa.org/ethics/code2002.pdf (tradução livre do autor).

Podemos reconhecer que, por causa da consciência das implicações desta mesma relação de poder na relação pedagógica, se construam instrumentos adequados de controlo desse mesmo poder, através da elaboração de códigos deontológicos adaptados e respeitados.

Não é, contudo, nossa intenção explorar essa via de reflexão neste trabalho, mas partilhar convosco algumas considerações sobre certos aspectos da relação pedagógica, comuns aliás à relação terapêutica, que, sendo um caso particular da relação de ajuda, é uma relação de aprendizagem de relacionamento interpessoal, como diz C. Rogers (1978), que assim aproxima a terapia à educação.

A relação pedagógica/terapêutica parece-nos apresentar algumas características específicas, tais como: tratar-se de uma relação assimétrica; existir uma ausência mais ou menos pronunciada de escolha por parte de um ou dos dois membros da relação; haver uma presença mais ou menos marcada de constrangimentos; haver uma assimetria de empenho.

Se a assimetria relacional é uma fonte de poder, que utilização se faz então desse poder, e que garantias se podem obter contra a utilização perversa desse mesmo poder? Não pensamos ser necessário nos alongar com exemplos dessa má utilização da relação de poder. O simples ênfase dado nos códigos deontológicos que citámos, relativamente a certas dessas utilizações, é um índice seguro dos "demónios" a exorcizar[2].

À assimetria relacional corresponde também uma assimetria dos benefícios, sem que, na maioria dos casos, esses benefícios sejam explicitados, ou a sua responsabilidade seja assumida. A tomada de consciência da assimetria relacional é um passo importante na tomada de consciência do poder e da relação de poder na qual se está envolvido. Esta tomada de consciência deveria impor-nos uma reflexão sobre as finalidades implícitas ou explicítas procuradas, relativamente à utilização desse poder. Assumir as finalidades explícitas, expressar as finalidades implícitas ou os benefícios mútuos são exigências éticas indispensáveis. Um certo número de atitudes pode, sem dúvida, aumentar ou diminuir a assimetria, aumentar ou diminuir o poder pessoal. As relações simétricas constroem-se na livre escolha dos dois termos da relação, na ausência de constrangimento

---

[2] A condenação ética da sexualização da relação pedagógica parece consensual. A utilização, mais ou menos subtil, da relação pedagógica como meio de doutrinamento, ou de procura de pontos de apoio para posteriores tomadas de poder, político, moral ou económico, parece largamente divulgada, mas raramente é objecto de reflexão ética.

e no empenho recíproco. Elas evoluem num clima e espírito de liberdade, em constante movimento e nunca definitivamente conquistado.

Quanto maior for o grau de liberdade interior de cada um dos termos da relação, menos perigo tem de evoluir para um acentuar da assimetria esta relação apresenta, diminuindo assim também as possibilidades de utilização abusiva do poder que a assimetria origina.

Tal como, já o referimos, Rogers (1978), indica um certo número de atitudes, condições ou caminhos possíveis, que considera facilitadores do crescimento da liberdade interior e da aprendizagem: o confronto com um problema real; a confiança no organismo humano; a aceitação; a autenticidade do professor; a empatia; o provimento de recursos. O autor parte de "uma visão do Homem como sendo, em essência, um organismo digno de confiança, internamente com amplos recursos para a auto-compreensão, para alterar o seu autoconceito, as suas atitudes e o seu comportamento autodirigido – e que esses recursos só podem emergir se lhe for fornecido um determinado clima de atitudes psicológicas facilitadoras" (Rogers, 1986a, p. 16). E, continuando diz: " (…) esta premissa (...) tem enormes implicações políticas. O nosso sistema educacional, as nossas organizações industriais e militares, e muitos outros aspectos de nossa cultura, assumem o ponto de vista de que a natureza do indivíduo é tal que não se pode confiar nele. Ele deve ser guiado, instruído, recompensado, punido e controlado por aqueles que são mais sábios ou possuem *status* superior" (Rogers, 1986[a], pp. 17,18).

A partir da sua reflexão, tal como P. Freire (1974) na *Pedagogia dos Oprimidos* procurando caminhos novos para modalidades de aprendizagem libertadora, Rogers (1978) explora as vias de uma outra forma de aprendizagem, em que a assimetria se desvaneceria progressivamente pela actualização do "poder pessoal" em ambos os termos da relação. A esta aprendizagem chamaria experiencial ou significativa.

A aprendizagem significativa ou experiencial implicaria: um envolvimento pessoal (a pessoa como um todo inclui-se na aprendizagem); uma penetração (provoca modificações no comportamento, atitudes e por vezes mesmo na personalidade do educador); e uma auto-avaliação (a sua essência é o significado).

A aprendizagem significativa utiliza técnicas e envolve atitudes. As técnicas parecem-lhe secundárias, a elaborar pontualmente, contrariamente às atitudes que seriam essenciais e universais. Assim, a coerência, o empenho e a convicção

do pedagogo, permitem que a auto-direcção e a liberdade experienciada pelo aluno, contribuam para o seu sucesso na aprendizagem.

Rogers (1978) considera que existem três atitudes fundamentais e indissociáveis, características quer da relação terapêutica quer da relação pedagógica experiencial: a compreensão empática, o cuidado incondicional positivo e a congruência [estas atitudes encontram-se descritas pormenorizadamente nos capítulos II e IV].

Como ilustração da importância da vivência das atitudes, ao invés da sua utilização como técnicas, atrevemo-nos a citar Fernando Pessoa (1986): "O poeta é um fingidor. Finge tão completamente / Que chega a fingir que é dor / A dor que deveras sente". Mas logo acrescenta, "Os que lêem o que escreve / Na dor lida sentem bem / Não as suas que ele teve / Mas só as que eles não têm" (p. 314). O pedagogo, ou o terapeuta, ao "fingir" aceitar o Outro, quando, talvez "apesar de si mesmo", está a estabelecer no seu espírito juízos de valor, introduz a inconsequência na relação, tornando-a ineficaz, e engana-se a si próprio, interiorizando em si mesmo a contradição, criando assim a incongruência em si, incongruência que de maneira alguma escapa ao sentir e à percepção do Outro.

A arte pedagógica, tal como a arte terapêutica, exprime-se no aumento da congruência do olhar "em si" e "para si" do sistema sócio-antropológico, na construção de um espaço de liberdade, tanto para o educador/facilitador, como para o educando/facilitado.

Uma dificuldade que se põe ao pedagogo e ao terapeuta é a da compreensão empática do Outro, o qual tem a sua própria cultura[3] e a sua "língua diferente", utilizando por vezes, palavras semelhantes mas com significados distintos. O pedagogo ou o terapeuta necessitam de possuir uma cultura antropológica consistente, sobretudo quando trabalham com populações sócio-culturalmente diferentes das suas.

Baseando-se na sua prática pedagógica, Rogers (1978) postula a capacidade natural que todo o ser humano tem para aprender. Esta potencialidade expressa-se no aluno, com mais evidência, quanto maior o significado e o sentido dessa aprendizagem forem vivenciados, na liberdade para ser. Rogers (1978) mostra

3 Por exemplo, no trabalho com grupos de emigrados ou deslocados, tais como, timorenses, cabo-verdianos, retornados de África ou da Diáspora portuguesa no mundo, ciganos, marginais de toda a ordem, etc.

a importância das características intrínsecas do professor-facilitador na criação de um clima, que propicie a actualização das potencialidades da pessoa ou do grupo, no processo de aprender.

Embora, aparentemente, espartilhado nos quadros tradicionais da aprendizagem inerentes ao poder institucional, o pedagogo ao partilhar a sua autoridade e poder, cria, no aluno, condições de autonomia, tornando-o Pessoa e Companheiro de aprendizagem.

Como já foi referido, Rogers (1978), diz: "a imposição de liberdade a quem a não quer" (p. 137), colocando-se numa posição inconciliável com a ideologia das vanguardas iluminadas.

O processo de aprendizagem, neste contexto, envolve, simultaneamente, o professor e o aluno numa actualização do poder pessoal de ambos. Sartre (2007) questiona "para que serve a liberdade senão para ser empenhada" (p. 146), e nós pensamos: "*para que serve o poder senão para ser partilhado*" (Hipólito, 1980, comunicação pessoal).

Consideramos que esta relação de poder não só não pode ser ignorada como deve ser explicitada, "exorcizada", e assumida nas suas implicações éticas. É indispensável a abordagem destas implicações, pelo menos por duas vias: a elaboração cuidadosa de instrumentos deontológicos, como nas outras "antropociências", e uma utilização preferencial de "pedagogias" como a pedagogia experiencial, comprometidas com a diminuição da assimetria relacional, com o respeito profundo dos dois membros da equação relacional, como sujeitos numa relação de pessoa a pessoa, incrementando assim a liberdade e o poder pessoal de ambos os protagonistas.

Capítulo XII

Desenvolvimento Psico-Afectivo – Implicações Psicopatológicas

O esquema que temos vindo a elaborar e que constitui o objecto deste capítulo consiste na apresentação da teoria do desenvolvimento humano numa perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa e pretende ser, também, um contributo à compreensão das perturbações psicológicas, enquanto manifestações de um ser em permanente actualização.

Um dos conceitos-chave que sustenta a teoria da Abordagem Centrada na Pessoa e, inequivocamente, a teoria da personalidade desenvolvida por Rogers, é o de Tendência Formativa. Numa das suas últimas obras, o autor utilizou os conceitos de "sintropia" (Szent-Gyoergyi, 1974) e de "tendência mórfica" (Whyte, 1974), para enunciar o conceito de "tendência formativa", querendo com isto significar "a tendência sempre actuante em direcção a uma ordem crescente e a uma complexidade inter-relacionada, visível tanto no nível inorgânico como no orgânico" (Rogers, 1983, p.45).

Já em 1979 Rogers tinha considerado alguns aspectos ligados a este conceito, ao admitir como hipótese a existência de uma tendência formativa direccional no universo, nomeadamente na formação de cristais, na organização do espaço estelar, e no desenvolvimento da vida orgânica. Este processo de complexificação (ver figura 1) ter-se-á iniciado com o nascimento do Universo[1], que, de acordo com a perspectiva de alguns astrónomos, é explicado através da teoria do *Big Bang*[2]. Na obra *Dieu et la science* (2004*),* os gémeos Igor e Grichka Bogdanov referem que "10-43 segundos após a explosão original[3], o universo teria a dimensão de 10-33 (...)" e a matéria "seria constituída por partículas primitivas, antepassados longínquos dos *quarks* (...) não

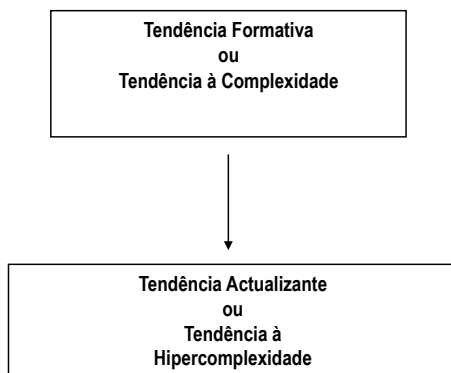
---

[1] O nascimento do Universo, que designamos por "ponto zero" é denominado "Singularidade Inicial" por Bogdanov, B. & Bogdanov, G. (2004); e Bogdanov, B. & Bogdanov, G. (2010, p. 249).

[2] A Expressão *Big Bang* teria sido criada por Sir Fred Hoyle, em 1951, (Bogdanov, & Bogdanov, 2004).

[3] Há 17,3 mil milhões de anos (Bogdanov, & Bogdanov, 2004).

existe ainda nenhuma diferença entre estas partículas primárias que interagem todas da mesma maneira, neste estado. As quatro interacções fundamentais (gravidade, força electromagnética, força forte e força fraca) estão ainda indiferenciadas, confundidas numa única força universal" (pp. 37, 38). Consequentemente, num compasso lento de milhares de anos, vários elementos foram surgindo no Universo, dando-se um progressivo agrupamento de partículas simples em agrupamentos complexos, cada vez mais diversificados, sendo, segundo o pensamento de Rogers (1983), este processo de expansão[4] e de evolução devido à acção da Tendência Formativa. Neste *continuum* de transformação da matéria, os cientistas acreditam que, apesar de racionalmente ainda não ter sido encontrada uma explicação para tal acontecimento, a vida surgiu mais ou menos há 4,6 milhões de anos. A partir de então, ter-se-á verificado uma aceleração no processo de complexificação, cujo contributo pode ser inventariado à actividade reprodutiva e que, segundo a nossa perspectiva, consideramos poder afirmar a existência de um movimento que vai no sentido da hipercomplexidade.

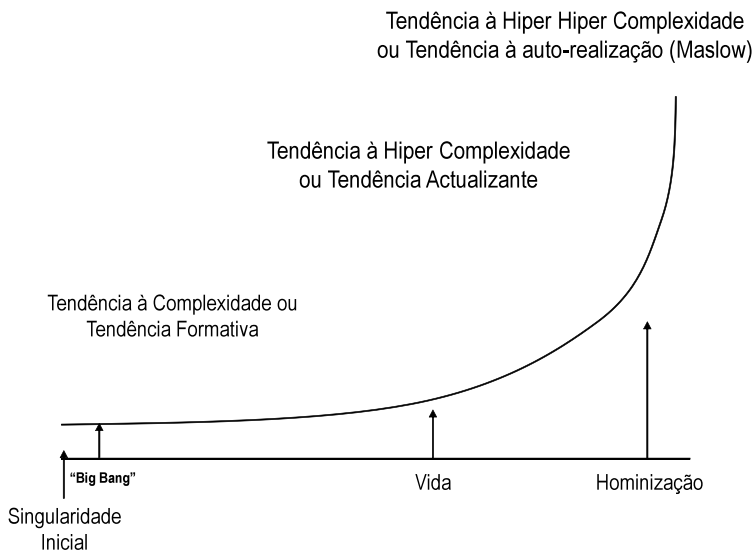
Figura 1. Tendência Formativa e HiperComplexidade

Segundo Rogers, quando a vida emerge no Universo, a *tendência formativa* continua a manifestar-se, embora numa especificidade muito própria que o autor designa de *tendência actualizante*; esta está subjacente no processo de *growth* e, no seu entender, é uma capacidade não específica do organismo que, em função da própria experiência deste, possibilita a actualização das suas potencialidades. Referindo-se à espécie humana, Rogers sublinha que esta tendência se manifesta logo no início da formação do ser humano, na medida

[4] Alguns cientistas consideram ser a "energia – sombra" a responsável desta expansão e aceleração do Universo (Bogdanov, B., 2004, p. 256).

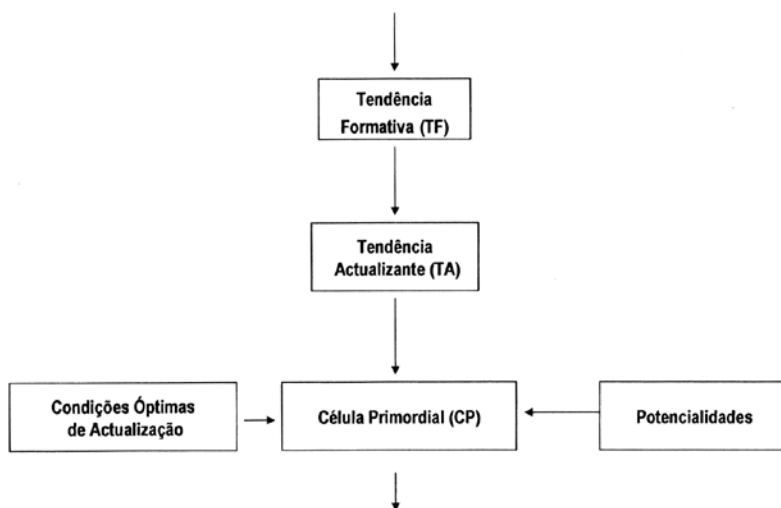
em que a partir do funcionamento de uma única célula se desencadeia um processo de complexificação que possibilita o desenvolvimento de um organismo que progressivamente se torna pessoa.

Goldstein (1939), um dos pioneiros da teoria organísmica, diz que "um organismo é governado pela tendência para actualizar, tanto quanto possível, as suas capacidades individuais, a sua natureza (…); esta tendência para se actualizar a si mesmo, é a *drive* básica, a única pela qual é determinada a vida do organismo (…). A tendência da vida normal é a actividade e o progresso" (pp. 196, 197).

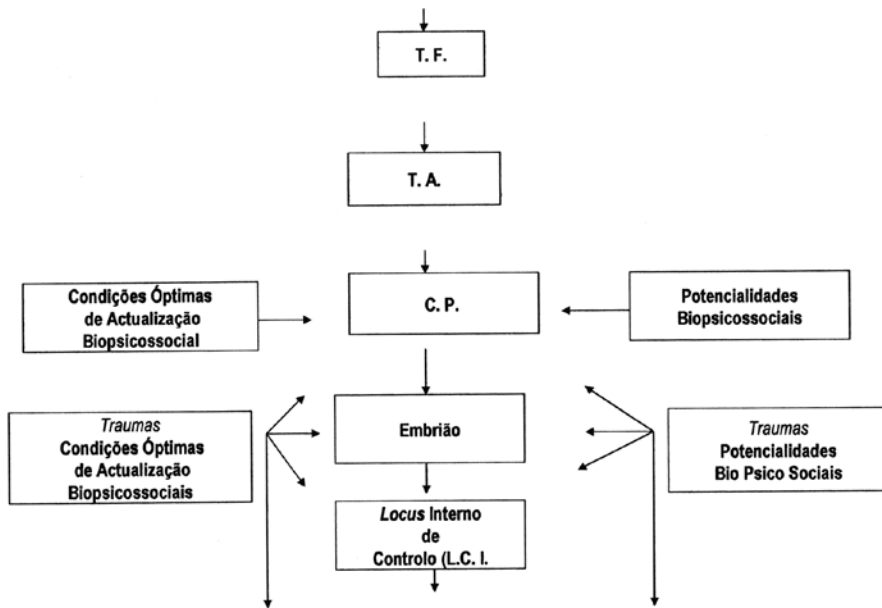
Como ser integrante do Universo, o Homem, comparativamente com outros seres vivos, possui capacidades muito específicas que lhe permitem acumular, tratar e transmitir informação de uma forma muito diferenciada e criativa. Ao elaborar uma análise diacrónica, constatamos que o movimento evolutivo tem sido no sentido da hiper-hiper-complexidade ou, como diz Maslow (1954), na tendência à auto-realização (ver figura 2). Este autor refere existir uma tendência à auto-realização que se vai revelando durante todo o processo de desenvolvimento psico-afectivo da pessoa: "o desenvolvimento plenamente sadio, normal e desejável consiste em realizar a sua natureza, em cumprir todas essas potencialidades e em desenvolver-se até à maturidade ao longo das linhas ditadas pela sua natureza" (Maslow, 1954, citado por Hall, Lindzey & Campbell, 1984, p. 49).

Figura 2. Gráfico ilustrativo do movimento da aceleração até à hiper-hipercomplexidade.

Este processo, no qual está subjacente a presença de condições apropriadas, inicia-se na *célula primordial* (ver figura 3), em cujo desenvolvimento está manifesta a *tendência actualizante*. Esta célula ou ovo contém todas as informações necessárias ao desenvolvimento máximo das potencialidades do ser vivo originadas nas informações herdadas geneticamente, abrangendo não só as características físicas (ex. cor dos olhos, altura) como também as capacidades psíquicas.

Estas potencialidades, parte integrante da célula primordial, podem nunca chegar a actualizar-se se não forem criadas as condições óptimas, quer as que são predominantemente de natureza biológica quer as de ordem psicológica, que possibilitam o desenvolvimento do embrião.

Figura 3. Célula Primordial: potencialidades e sua actualização.

O embrião em desenvolvimento é um organismo vulnerável sujeito a "traumas", quer nas suas potencialidades quer na actualização das mesmas, que poderão ter como consequência a diminuição da expressão dessas potencialidades. Estes traumas podem ser de várias origens, nomeadamente, a mãe poderá sofrer de uma doença que afecte o embrião, pode ocorrer um problema genético, pode sofrer um descolamento da placenta, pode não estar preparada para aceitar o bebé que vai nascer. Contudo, o desenvolvimento continua a processar-se autonomamente, não existindo qualquer regulação exterior. O embrião constitui,

em si mesmo, o único "gestor" da sua complexificação até ao momento do nascimento. Possui, assim, um *locus* interno de controlo (ver figura 4) sem interferência do meio exterior.

Figura 4. Desenvolvimento embrionário, traumas e *locus* de controle.

Gradualmente, no decorrer do período de gestação (ver figura 5), processa-se a maturação do sistema neurológico, possibilitando o desenvolvimento do S*elf embrionário*, isto é, começa a processar-se a integração das várias experiências sensoriais no S*elf* do novo ser.

A vulnerabilidade do feto relativamente aos traumas das suas potencialidades mantém-se até ao momento do nascimento (ex. anoxias, incompatibilidades sanguíneas); da mesma forma, os traumas constituem também uma possibilidade ao nível das condições óptimas de actualização das potencialidades.

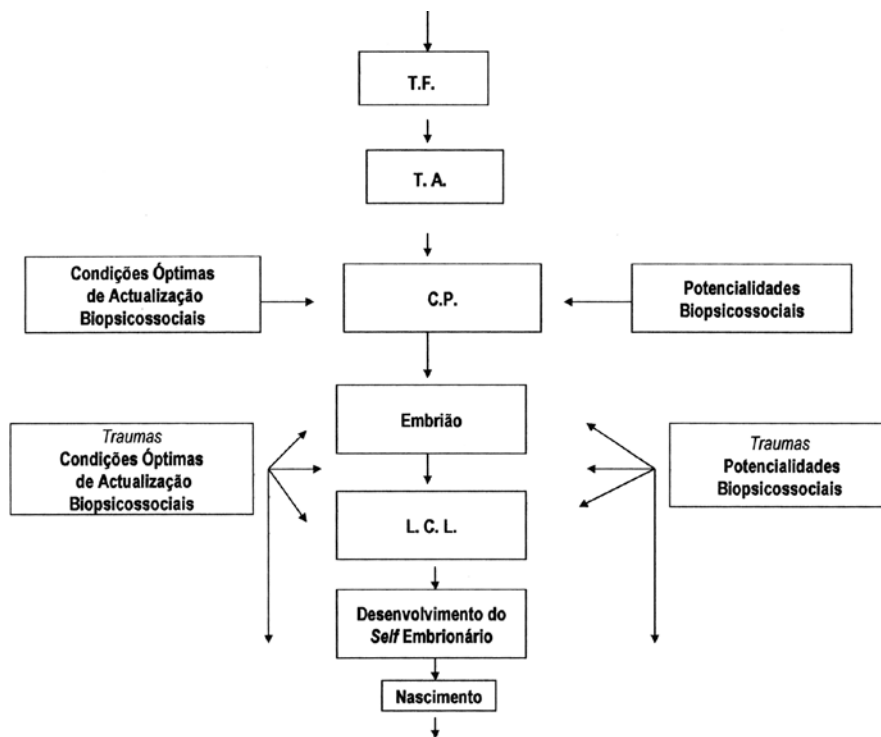
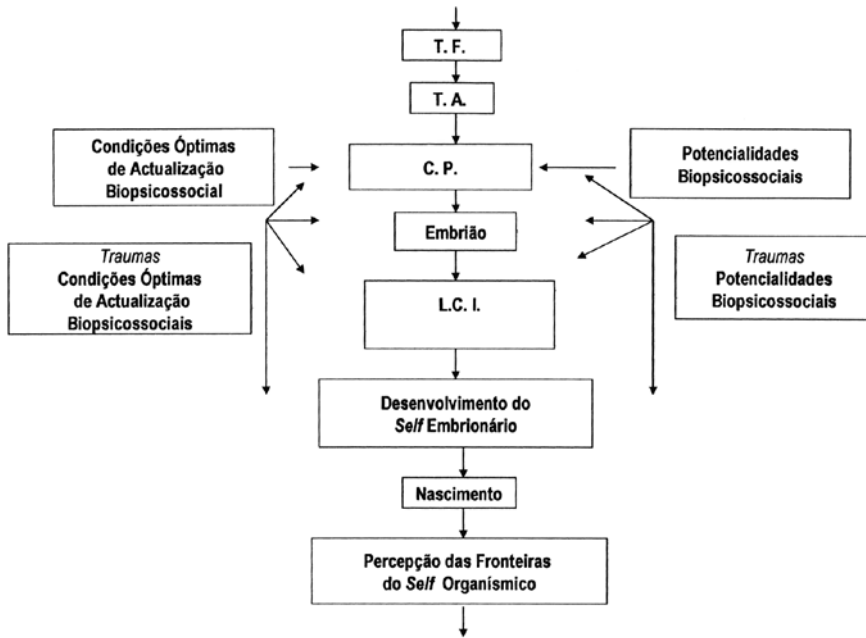
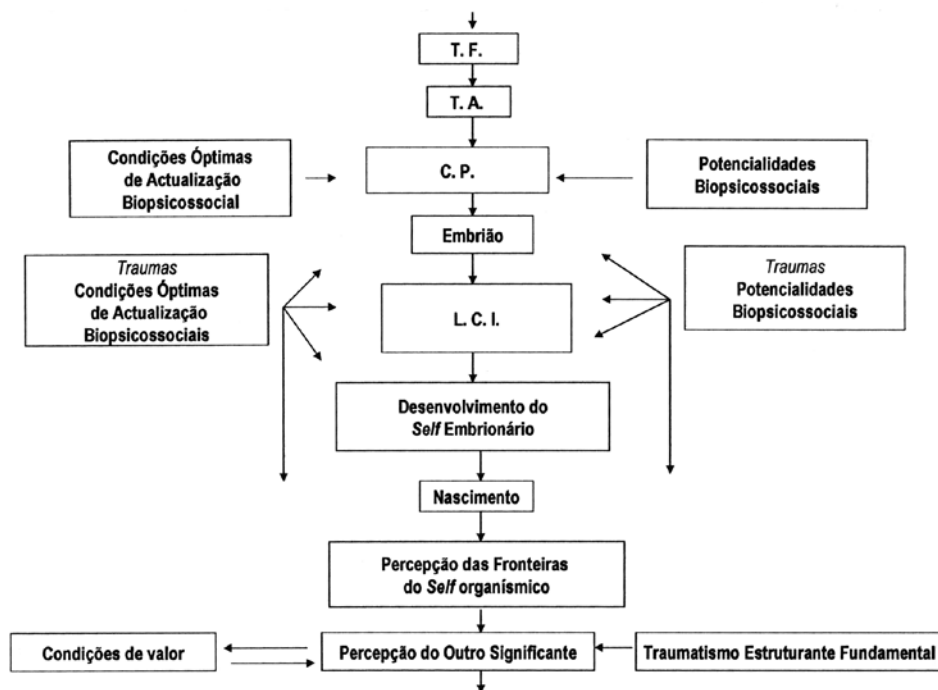
Figura 5. Da vida intra-uterina à vida extra-uterina.

Quando o bebé nasce, este processo que vem actuando no sentido da hipercomplexificação continua, embora de forma menos perceptível. Também as capacidades psicológicas se vão desenvolvendo a par do desenvolvimento físico, constituindo-se a percepção das fronteiras do S*elf* organísmico, isto é, progressivamente, o bebé vai tomando consciência das suas "fronteiras" em relação ao mundo exterior (ver figura 6). Estamos perante um S*elf* organísmico, ou seja o bebé simbolizando a *totalidade* das suas experiências: o bebé não sente tristeza, ele *é* a tristeza; o bebé é cada uma das suas experiências na relação com o mundo que o envolve. Podemos dizer que existe uma integração plena de tudo o que experiencia. Nas palavras de Rogers e Kinget (1971), "ele percebe a sua experiência como sendo a realidade. A sua experiência é a sua realidade" (p. 19).

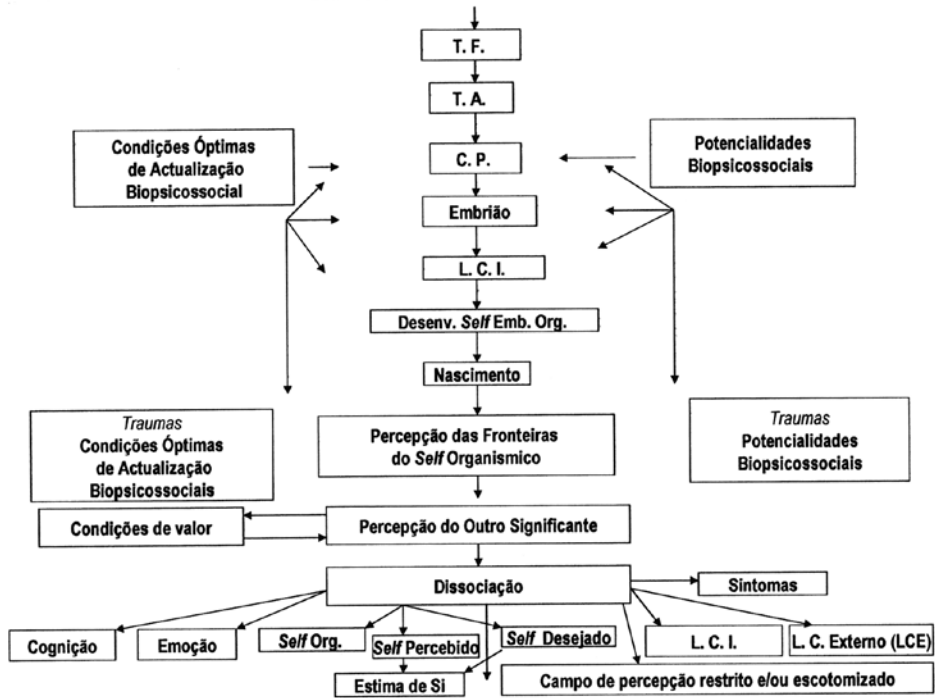
Figura 6. As Fronteiras do *Self.*

Paralelamente à percepção dos limites do *Self,* desenvolve-se a percepção do Outro significativo – o Outro é percebido como pessoa diferente, completa e como significativo (mãe) ou não-significativo (outros). Surgem neste período (cerca dos 8 meses de idade) o que designamos por "condições de valor". Se, até este momento, existia um sentimento organísmico pleno, a partir da diferenciação entre o bebé e o Outro (mãe), as suas necessidades deixam de ser integradas completamente devido à discrepância entre o que vivencia como necessidades e a resposta dada pela mãe. Neste processo, designado de vinculação, surge uma crescente consciencialização no bebé da necessidade do amor do Outro (mãe), do qual depende e sem o qual não consegue sobreviver.

Na relação com a mãe, o bebé vai compreendendo que existem determinadas percepções relativamente às suas necessidades e que nem sempre estas são bem aceites por ela (Brites, 2006). Deste modo, para não perder o amor daquela que lhe é fundamental, o bebé aprende a modelar as suas percepções de acordo com os "parâmetros" de aceitação da mãe, aceitação esta que se apresenta como condicionalmente positiva, ou seja, depende da manutenção das condições de valor (ver figura 7).

Figura 7. Traumatismo Fundamental e Estruturante.

A presença destas condições de valor desencadeia no bebé uma dissociação entre o que ele sente (experiencia) e o que irá simbolizar, isto é, o que irá integrar no seu campo perceptivo. Exemplificando: se o que o bebé sente está em contradição com as condições de valor da mãe, então simbolizará no seu campo de consciência uma experiência diferente, concordante com tais condições. Forma-se, deste modo, um campo de percepção restrito e/ou escotomizado, isto é, existem percepções que não podem ser simbolizadas e que ficam fora da consciência (a criança nem sequer sabe que sente tais sensações) ou ainda que são *travestidas* para poderem ser aceites.

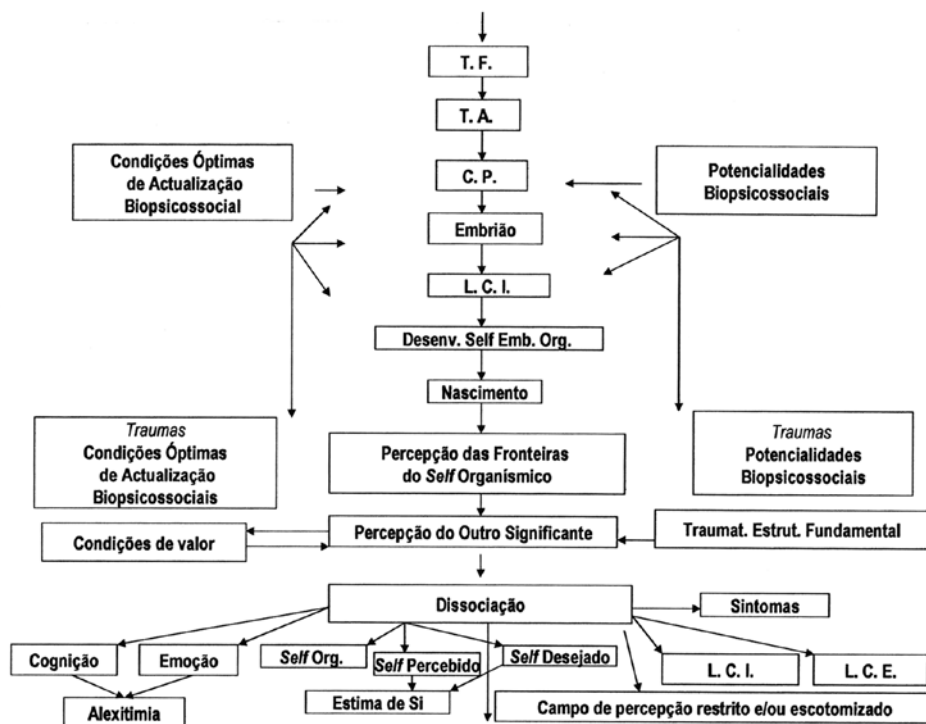
Este movimento de dissociação (ver figura 8) origina na criança uma série de processos dissociativos que se manifestam em vários níveis de experiência: entre o *locus* de controlo interno (a forma como a criança experiencia os fenómenos dentro de si, como os sente) e o *locus* de controlo externo (as decisões são tomadas pelo Outro, mesmo que digam respeito à própria criança); entre

o *Self* organísmico, o *Self* real, ou utilizando uma terminologia mais precisa o *Self* percepcionado (como a criança se percepciona, se vive a ela própria), e o *Self* ideal, ou também designado de *Self* desejado (como a criança deverá ser para ser aceite pelo Outro); entre a cognição e a emoção (estes dois aspectos da experiência deixam de estar integrados numa mesma percepção).

Figura 8. Dissociação e Sintomas

Sempre que acontece uma dissociação, gera-se uma tensão entre os dois "pólos" envolvidos; se o organismo não consegue equilibrar por si essa tensão, desenvolvem-se sintomas. Um sintoma constitui o melhor equilíbrio possível do organismo e possui um carácter positivo na medida em representa a organização que este conseguiu criar em determinada situação, para se manter em funcionamento.

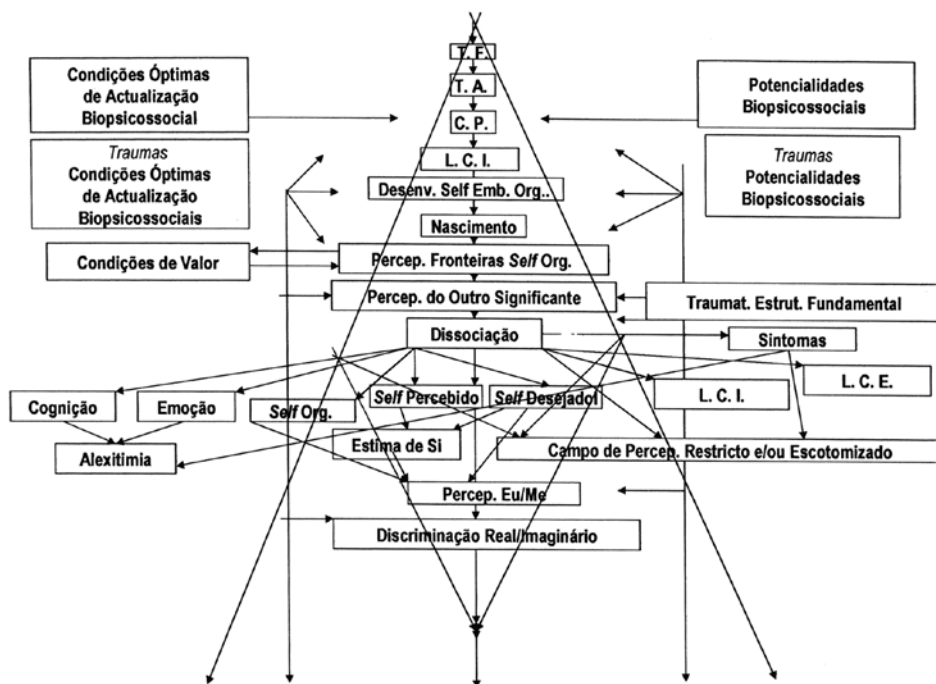
A dissociação manifesta-se, assim, nas várias esferas do funcionamento da criança. No caso do *Self,* quanto maior é a dissociação entre o seu *Self* percepcionado (o que ela sente que é) e o seu *Self* desejado (o que ela sente que

deveria ser) menor é a estima de si; quando a dissociação envolve a cognição e a emoção (ver figura 9), surge como possível sintoma a alexitimia, quer ao nível da percepção (a pessoa não consegue percepcionar as suas emoções e sentimentos) quer ao nível da sua expressão (a pessoa percepciona, mas não consegue exprimir as suas emoções e sentimentos).

Figura 9. Sintomas e Campo Perceptivo.

O desenvolvimento da criança continua e, por volta do ano e meio de vida, constata-se uma percepção distinta do "Eu" e do "me" (até então, ela referia-se a si própria como "o bebé" ou "a menina" ou "a Maria"). Aproximadamente, entre os quatro e os oito anos, a criança adquire a capacidade de discriminação (ver figura 10) entre real e imaginário[5]; até esta altura, não existia diferença entre

[5] Até cerca dos 8 anos, não é possível falarmos de esquizofrenia, alucinações ou delírios, de acordo com os critério do CID 10 – Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde, dado que não existe esta capacidade de diferenciação entre o real e o imaginário.

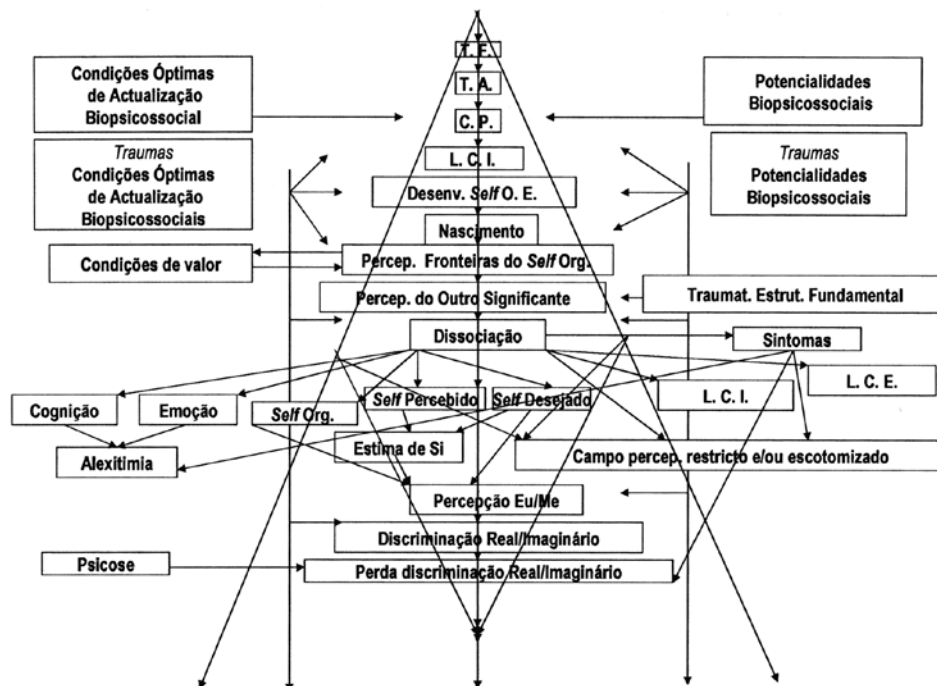
o que seria, ou não, real (o que é perceptível quando as crianças falam de um "amigo imaginário" ou quando dizem "mentiras").

Figura 10. Da Percepção do *Eu* à Discriminação entre o Real e o Imaginário.

Se a criança crescer e se desenvolver de forma natural e saudável, na presença das condições de optimização máximas de actualização – *bio-psico-sociais* – e com condições de valor mínimas, ou seja, com cuidado incondicional máximo sem juízos de valor relativamente a si como pessoa, irá actualizar ao máximo as sua potencialidades.

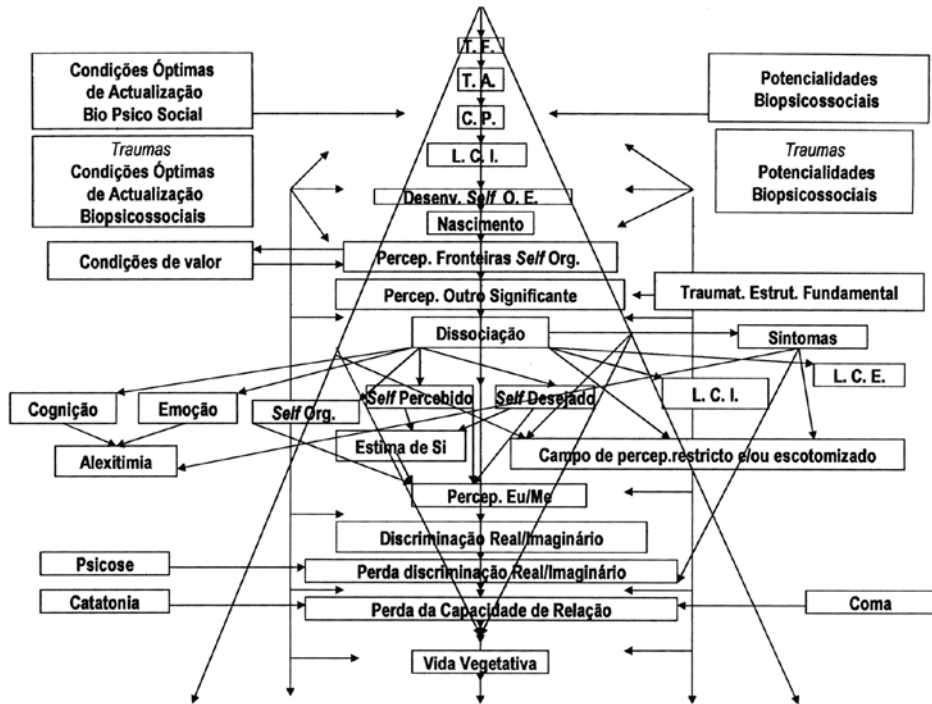
No entanto, os traumas são possibilidades constantes durante toda a vida, a vários níveis (biológico, psicológico, social), ocasionando, consequentemente, o aparecimento de traumatismos e de sintomas no decorrer do percurso existencial.

Os sintomas podem não pôr em causa a capacidade de discriminação entre o real e o imaginário, exprimindo-se ao nível do corpo (sintomas somáticos), ou ao nível do funcionamento psicológico (sintomas neuróticos), no entanto, consideramos que em ambos os casos finalidade é a mesma, nomeadamente manter o melhor funcionamento possível do organismo. Efectivamente, também

podem colocar em causa a capacidade de discriminação entre o real e o imaginário, mas a finalidade permanece – manter o melhor funcionamento possível do organismo. Quando isto acontece, os sintomas provocados pelos traumas passam a ser da ordem da psicose (ver figura 11), tal como quando incidem numa fase precoce do desenvolvimento e impedem essa mesma diferenciação.

Figura 11. Perda da Discriminação e Psicose.

Se esta perda da discriminação real/imaginário se torna mais grave, pode mesmo verificar-se uma perda da capacidade de relação (ver figura 12), a qual se poderá manifestar, por um lado, em situações de ordem física, como o coma[6], ou, por outro, em situações de ordem psicológica, através da ausência de contacto psicológico, como o autismo ou a catatonia. No limite da vida, o melhor funcionamento possível será a vida vegetativa, na qual não há aparente vida psicológica e a vida biológica inicia um processo degenerativo, ou, por vezes, no melhor dos casos, um processo de auto-regeneração.

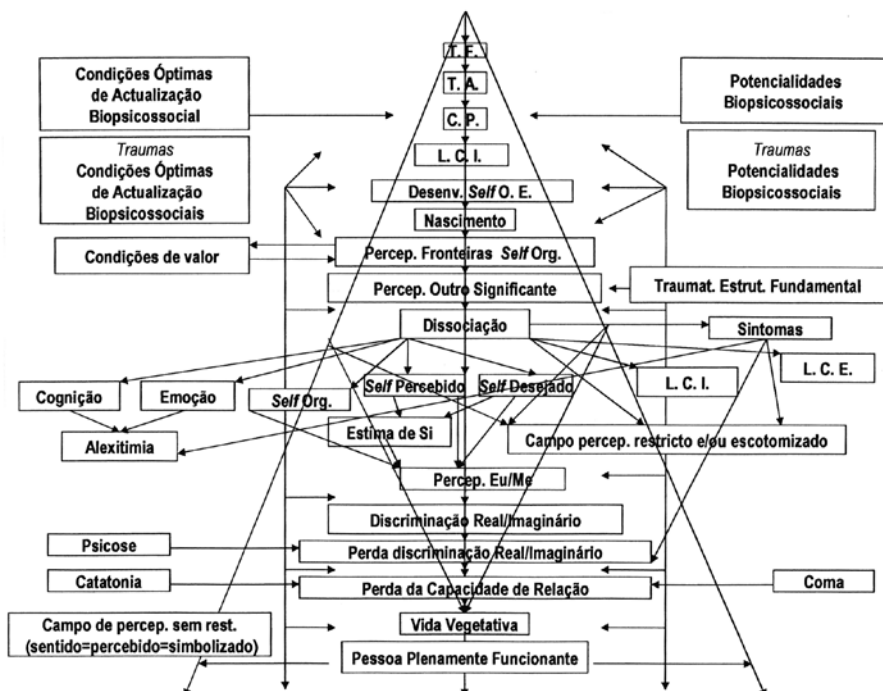
[6] O coma é uma manifestação da *tendência actualizante*, na medida em que o organismo reduz a sua actividade ao mínimo para poder manter-se em funcionamento.

Figura 12. Perda da Capacidade de Relação.

Na nossa perspectiva, a psicopatologia pode ser compreendida através da articulação dos traumatismos acontecidos ao longo da existência, quer no que se refere às potencialidades do indivíduo quer em relação à actualização dessas potencialidades, partindo da premissa de que entram em acção forças de autocura, elas mesmas expressões da tendência à hipercomplexificação actuante no indivíduo.

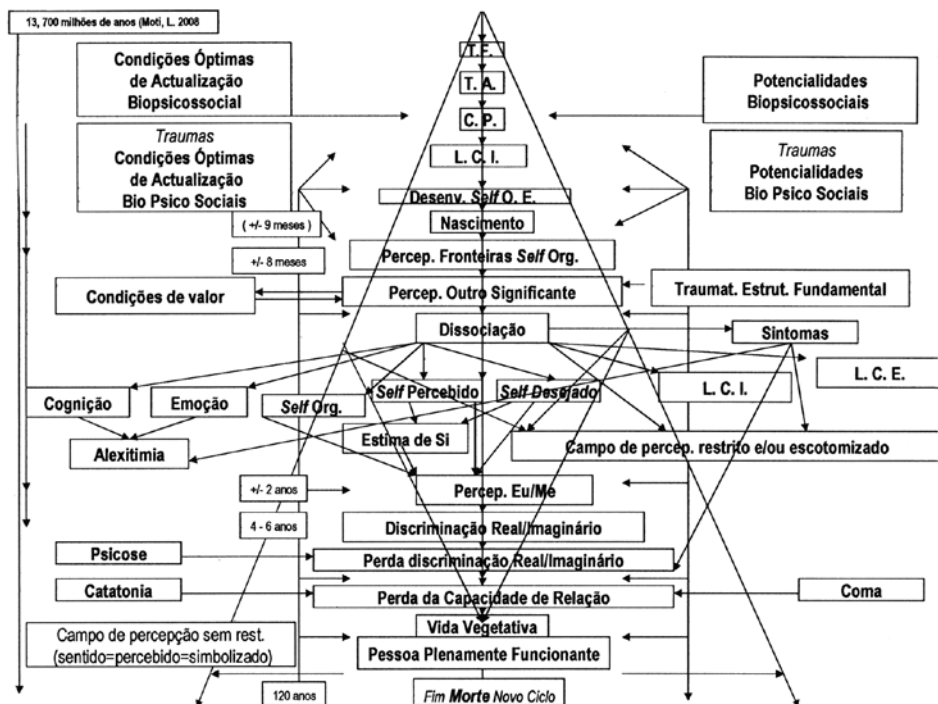
Considerando que, em cada momento, os sintomas são o resultado do melhor equilíbrio possível para o organismo, torna-se necessária uma prudência extrema no que concerne ao desejo de os eliminar enquanto o organismo não tiver tido a possibilidade de encontrar um melhor equilíbrio alternativo. Em princípio, os sintomas são abandonados quando já não são úteis para ultrapassar os conflitos que os geraram ou, ainda, pela eficácia dos processos naturais de amadurecimento e de autocura.

Em relação à construção de um projecto terapêutico com o cliente, existe a necessidade de ter em consideração o "sistema diagnóstico", característico da Terapia Centrada no Cliente e que assenta nas chamadas "seis condições necessárias e suficientes", tal como na procura adequada de ultrapassar eventuais *deficits* ocasionados pelos traumatismos, exigindo medidas específicas (por ex. correcções alimentares, próteses, pedagogias específicas, utilização criteriosa de fármacos, incluindo psicofármacos, cirurgia).

Idealmente, se tivesse sido possível um desenvolvimento pleno, sem restrições e com uma actualização máxima das potencialidades, estaríamos perante uma pessoa plenamente funcionante possuindo um campo de percepção sem restrições, em que o *Self* organísmico seria idêntico ao *Self* real e ao *Self* ideal, com um funcionamento pleno e integrado. Se assim fosse e a vida pudesse acontecer sem traumas nem sintomas, cada pessoa viveria mais plenamente e aproximar-se-ia do tempo teórico possível do funcionamento do organismo humano (ver figura 13). Mas, por mais ideais que fossem essas condições, inexoravelmente um dia a finitude humana, marcada no âmago mesmo da vida, na aptose celular, também se actualizaria na morte.

Figura 13. A Pessoa Plenamente Funcionante.

A morte marca, assim, o fim deste processo. Contudo, colocamos uma questão: como explicar a morte, no processo de complexificação, tendo em conta a Tendência Actualizante do Homem?

Se, ao invés de percepcionarmos a vida numa perspectiva individual, ou em termos de uma geração, a concebermos no sentido da evolução da Humanidade, a morte marca o início de um novo ciclo (ver figura 14). Tomemos como exemplo outro ser vivo, uma roseira, fazendo uma analogia do seu ciclo de vida com o ciclo de vida humana: cada rosa é resultado do processo de desabrochar de um botão da roseira e, assim, permanecerá durante algum tempo. A pouco e pouco, a rosa vai florescendo; depois de aberta, mostrando todo o seu esplendor, as suas pétalas começam a cair, aos poucos; o núcleo da rosa começa a secar, apresenta algumas rugas… Por fim, as sementes da rosa caem na terra, permitindo que nasçam outras roseiras.

Figura 14. Morte e Ciclo de Vida.

Também o ciclo de vida do Homem contempla o nascimento e a morte, a qual dará lugar a um novo nascimento, embora, frequentemente, seja angustiante para o Humano o confronto com os processos de envelhecimento e com a morte, sobretudo a compreensão do sentido da morte no sentido da vida.

Este é um domínio ao qual o ser humano, com frequência, procura responder, pela sua transcendência, nos domínios noético ou religioso. Como reflexão deixamos esta questão: qual seria o sentido da evolução, se nenhum ser humano morresse?

Posfácio

A leitura desta obra permitiu-nos fazer uma viagem compreensiva do percurso evolutivo de Carl Rogers, graças à descrição cuidadosa com que o autor nos presenteou, salientando algumas das experiências e das escolhas que tiveram forte impacto na determinação pessoal e na construção do seu fluxo conceptual. Uma das ideias-chaves que retivemos, e que vai na contracorrente dos pares da época interessados na intervenção psicológica, é a afirmação de que a pessoa é uma totalidade, perspectivada na senda das ideias de filósofos como Aristóteles e São Tomás de Aquino, sendo a aproximação à essência individual potenciada pela compreensão subjectiva do que a pessoa expressa como experiência. Este pressuposto terá levado Rogers a estudar, a investigar e a teorizar sobre os efeitos do tipo e da qualidade de relação nos processos psicoterapêuticos.

Em Portugal e na actualidade, João Hipólito tem sido um pilar fundamental da expansão do pensamento rogeriano. Este, expresso nos inúmeros escritos que acompanham a evolução da formulação teórica de Rogers, está corporizado nos primeiros capítulos desta obra. Tomando como ponto de partida uma perspectiva geograficamente delimitada, isto é a comunidade rogeriana portuguesa, o autor descreve-nos os contributos incontornáveis de Rogers para as Ciências do Homem e a forma como as suas ideias, pelo seu carácter humanamente complexo, se propagaram do campo da psicologia e da psicoterapia a todo o universo de acção e compreensão do Ser Humano.

Esta difusão ao nível da conceptualização teórica reflecte-se num progressivo aprofundamento da prática da psicoterapia e de outras formas de intervenção que são abordadas pelo autor, nos capítulos seguintes, estando patentes, para além de uma atitude de continuidade e de não desvirtuamento da teoria desenvolvida por Rogers, os *apports* inovadores de aplicação e compreensão das relações humanas

introduzidos pelo autor. As aplicações da Terapia Centrada no Cliente em *setting* de psicodrama, de relaxação, de terapia familiar ou a abordagem compreensiva da problemática da toxicodependência são exemplos de contributos sérios e solidamente alicerçados na obra de Rogers, constituindo simultaneamente um auxílio a todos os técnicos, formandos ou profissionais que procuram aprofundar um "saber-fazer" ao nível da relação de ajuda.

Finalmente, o último capítulo deste livro condensa o valor do incontornável legado de João Hipólito para a Abordagem Centrada na Pessoa, ao longo de quatro décadas. A sua proposta inovadora e holística de complexificação da teoria do desenvolvimento (psicoafectivo) da personalidade de Rogers apresenta-se como um válido instrumento de investigação e compreensão da criança e do adulto, numa perspectiva humanista.

Apesar de uma leitura superficial das últimas palavras da obra nos fazerem emergir ao pensamento uma questão, "isto acaba assim?", esta forma escolhida pelo autor de encerrar o livro, traduz o âmago e a coerência do seu pensamento, sem desvirtuar a filosofia da conceptualização de Rogers – a ideia de que o Homem, enquanto elemento da Natureza, se actualiza num processo de complexificação que é universal, numa sintonia subjectivamente adaptativa com o *holos* que o rodeia e que se torna parte de Si, impondo-se como circunstância incontornável.

Rute Brites & Odete Nunes

Referências Bibliográficas

Aichhorn, A. (1931). *Wayward Youth*. (2ª ed.). New York: Viking Press. (obra original publicada em 1925).

Ajuriaguerra, J. (1980). *Manuel de Psychiatrie de L'enfant*. (2ª ed.). Paris: Masson.

Anzieu, D. (1979). *Le Psychodrame Analytique Chez L'enfant et L'adolescent*. Paris: PUF.

Associação Suíça dos Profissionais de Trabalho Social. *Código Deontológico*. Retrieved April, 9, 2009 from http://www.sbsspas.ch/fr/cm_data/CodeDeontologie_A4_f.pdf.

American Psychology Association (2002). Ethical Principles of Psychologists and Code Of Conduct. Retrieved Julho, 15, 2009 from http://www.apa.org/ethics/code2002.pdf.

Axline, V. (1947). *Play Therapy*. Cambridge: Houghton Mifflin, p.14.

Bandler, R. & Grinder, J. (1975). *The Structure of Magic I*. S. Paulo: Science and Behavior Books, p. 5.

Bandler, R. & Grinder, J. (1976). *The Structure of Magic II* S. Paulo: Science and Behavior Books, p. 195.

Barret-Lennard, G. T. (1984). The World of Family Relationship: A Person Centered Systems View. In R. F. Levant & J.Shlien (Eds.). *Client Centered Therapy and Person Centered Approach: New Directions in Theory, Research and Pratice*. New York: Praeger.

Baker, N. (2004). Experiential Person-Centred Therapy. In P. Sanders (Ed.). *The Tribes of the Person-Centred Nation: an introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach.* Ross-on-Wye: PCCS Books.

Bogdanov, I & Bogdanov, G. (2004). *Avant le Big Bang.* Paris: Grasset.

Bowen, M. (1987). Psicoterapia: o processo, o terapeuta, a aprendizagem. In A. Santos, C. Rogers, & M. Bowen. (Eds.). In *Quando Fala o Coração*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Brites, R. (2006). *Explorando a Teoria da Personalidade de Rogers: O Desenvolvimento Humano na Perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa*. Monografia de Pós-Graduação não publicada. Universidade Autónoma de Lisboa.

Brodley, B. (1990). Client-Centered and Experiential: Two different therapies. In (Lietar, G., Rombauts, J. & Van Balen, R.) *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties.* Leuven: University Press.

Caldeira, C. (1968). Uma Experiência Pedagógica. In *Anais Portugueses de Psiquiatria*, *XXXI* (18), 57-68.

Caldeira, C. (1979). *Análise Sociopsiquiátrica de Uma Comunidade Terapêutica. Aplicação do Modelo Antropoanalítico em Psiquiatria Social*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade Medicina de Lisboa, p. 59.

Caldeira, C., Mendes, F., Dias, G., Almeida, J. Rebelo, T. (1981). *Estruturas Familiares: aproximação antropoanalitica*. Lisboa: Centro de Informática da Universidade Nova de Lisboa.

Campiche, C., Hippolyte, J. & Hipólito, J. (1991). *A comunidade como centro*.(1ª ed.) Lisboa: Fundação Gulbenkian.

Chomsky, N. (1957). *Syntactic Structures*. The Hague: Mouton.

Combs, A. (1946). Basic Aspect of Non-Directive Therapy. In *American Journal Orthopsychiat, 16,* p. 589-607.

Dewey, J. & McDermott, J. (1939). *The Philosophy of John Dewey*. La Salle Illinis: Open Court Publishing Company.

Dias, G & Caldeira, C. (1982). Psicoterapia da Esquizofrenia. Abordagem Dialógica Centrada no Cliente como Prática da Antropoanálise. In G. Lopes (Coord.). *Progressos em Terapêutica Psiquiátrica.* Porto: Biblioteca do Hospital do Conde Ferreira, pp. 250-257.

Dias, G. (1987). Aplicação da Teoria dos Grafos à Determinação da Liderança. Estruturas Familiares. In *Psicologia – Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, Porto, Vol. V, nº 2, p. 197-206.

Diatkine, R. (1995). *Nouveau Traité de Psychiatrie de L'enfant et de L'adolescent I.* (2ª ed.). Paris: PUF.

I Epístola S. João 4:18. In *Bíblia Sagrada*. (J. Ferreira de Almeida, trad.). (edição revista e actualizada em 1960). Rio de Janeiro: Sociedade Bíblica do Brasil.

Erickson, M. (1967). *Advanced Tecniques of Hyponis and Therapy: Selected Papers.* (Ed.) Haley, J. New York: Grune & Stratton.

Erskine, R. & Moursund, P. (1988). *Integrative Psychotherapy in Action.* New York: Sage Publications.

Evangelho S. Mateus 5:29. In *Bíblia Sagrada*. (J. Ferreira de Almeida, trad.). (edição revista e actualizada em 1960). Rio de Janeiro: Sociedade Bíblica do Brasil.

Farson, R. (1974). Carl Rogers, Quiet Revolutionary. *Education, 95* (2) 197-203, W 74.

Fernandes, B. (1970). Personalidades anormais da personalidade (esboço psicológico, psicopatológico e suas aplicações clínicas). *Revista Portuguesa de Psicologia, 10, 11, 12.*

Freire, P. (1974). *Pédagogie des Opprimés*. Paris: Masper, pp. 50,52.

Freud, A. (1974). The *Writing of Anna Freud* Vol. I – *Lectures for Child Analysts and Teachers.* New York: International Universities Press, pp. 6 -23.

Freud, S. (1978). *Abrégé de psychanalyse*. (9ª ed.) (trad. Berman, A.) Paris: PUF.

Freud, S. (1963). *Epistolário – 1873-1939*. Madrid: Biblioteca Nueva. (obra original publicado em 1938), p. 434.

Freud, S. (1972). Au Delà du Principe du Plaisir. In *Essais de Psychanalyse*. Paris: Payot (obra original publicada em 1920).

Gaylin, N. (1993). Person Centered Family Therapy. In D. Brazier (Ed.). *Beyond Carl Rogers.* London: Constable.

Gaylin, N. (2001). *Family, Self and Psychotherapy: a person centred perspective*. Ross-on-wye: PCCS Books.

Gendlin, E. (1967a). The Social Significance of the Research. In C. Rogers, E. Gendlin, D. Kiesler & C. Truax (Eds.). *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press, p. 526.

Gendlin, E. (1967b). Therapeutic Procedures in Dealing with Schizophrenics. In C. Rogers, E. Gendlin, D. Kiesler & C. Truax (Eds). *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press, 384.

Gendlin, E., Rogers (1967c). The Conceptual Context. In C. Rogers, E. Gendlin, D. Kiesler & C. Truax (Eds). *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.

Gendlin, E. & Tomlinson, T., M. (1967d). The Process Conception and its Measurement. In C. Rogers, E. Gendlin, D. Kiesler & C. Truax (Eds.). *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press, p. 114.

Gendlin, E. (1978). *Focusing*. New York: Everest House.

Gendlin, E. (1986). *Une théorie du changement de la personnalité*. Montréal: Les Éditions Ville-Marie.

Gendlin, E. (1990). The Small Steps of the Therapy Process : How they Come and how to Help them Come. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.). *Client-Centered and Experiental Psychotherapy in the Nineties*. Leuven: Leuven University Press, p. 207, 221, 222.

Gendlin, E. & Rogers, C. (1967c). The Conceptual Context. In C. Rogers, E. Gendlin, D. Kiesler & C. Truax (Eds.). *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.

Génesis 2:20 In *Bíblia Sagrada*. (J. Ferreira de Almeida, trad.). (edição revista e actualizada em 1960). Rio de Janeiro: Sociedade Bíblica do Brasil.

Goldstein, K. (1939). *The Organism – A holistic approach to biology derived from pathological data in Man*. New York: American Book Company, pp. 196,197.

Gordon, T. (1995). Teaching People to Create Therpeutic Environments. In M. Suhd (Ed.). *Positive Regard.* Palo Alto: Science and Behavior Books.

Gordon, T. (2004). Liderança e Administração Centradas no Grupo. In *Terapia Centrada no Cliente*. (Trad. Vida Larga, S.). Lisboa: Ediual (obra original publicada em 1951).

Gribbin, J. (1984). *Search of Schrodinger's Cat*. London: Corgy.

Guerney, J. (1984). Contributions of Client Centered Therapy to Filial, Marital and Family Relationship Enhancement Therapies. In R. Levant & J. Shlien (Eds.). *Client Centered Therapy and Person Centered Approach: New Directions in Theory, Research and Pratice*. New York: Praeger.

Guitton, J., Bogdanov, I & Bogdanov, G. (1999). *Dieu et la science.* Paris: Grasset.

Haigh, G. (1983). I walk softly through life. In *American Academy of Psychotherapists, Journal VOICES, 18*, 6-14.

Hall, C., Lindzey, G. & Campbell, J. (1984). *Teorias da Personalidade*. S. Paulo: EPU (obra original publicada em 1957), p. 49.

Hipólito, J., Laroche, R. & Lazega, M. (1987). Relaxation: an Anthropoanalytical and Person Centered Approach. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, *33* (2), 65-69.

Hipólito, J., Coelho, M. & Garcia, R. (1988). Expérience de Deux groupes de Psychodrame – Perspective Anthropoanalytique. *Psiquiatria Clínica*, *9* (1), 45-47.

Hipólito, J. (1985). Contributos para o Estudo das Bases Antropológicas na Relação de Ajuda ou Variações sobre o Tema Aprender. *O Homem no seu Mundo, 1* (1), p. 17-28.

Kaplan, H. & Sadock, B. (1995). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (6ª ed.) Baltimore: Williams & Wilkins.

Kilpatrick, W. (1951). *Philosophy of Education.* New York: Macmillan.

Kirschenbaum, H., Henderson V. (1990). *The Carl Rogers Reader.* Grã Bretanha: Constable and Company.

Kirshenbaum, H. (1995). Carl Rogers. In M. Suhd (Ed.). *Positive Regard*. Palo Alto: Science and Behavior Books, pp. 17, 34,35.

Kirschenbaum, H. (2007). *The Life and Work of Carl Rogers*. Ross-on-wye: PCCS Books.

Koestler, A. (1986). *Le Cheval dans la Locomotive*. Paris: Calmann-Lévy.

Kohut, H. (1977). *Te Restoration of the Self.* New York: International Universities Press.

Lebovici, G., Diatkine, R. & Kestenberg, E. (1958). Bilan de dix ans de thérapeutique par le psychodrame chez l'enfant et l'adolescent. *Psychiatrie de l'enfant, I*, 63-179.

Lemaire, J. (1964). *La Relaxation. Relaxation et Reéducation Psychotonique*. Paris: Petite Bibliothèque Payot, p. 15.

Lemoine, P. & Lemoine, G. (1972). *Le Psychodrame*. Belgique: Editions Universitaires.

Levant, R. (1978). Family Therapy: a client-centered perspective. In *Journal of Marital and family Therapy*, *4* (2), 30-45.

Levant, R. (1984). From Person to System: two perspectives. In F. Levant & J. Shlien (Eds.). *Client-Centered Therapy and Person Centered Approach.* New York: Praeger.

Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts.* New York: Herpers & Row.

Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of Perception*. New York: Routledge and Kegan Paul.

Moreno, J. (1965). *Psychothérapie de Groupe et Psychodrame*. Paris: PUF.

Motl, L. (2008). *L'Équation Bogdanov – Le secret de l'origine de l'Univers?* Paris: Éditions des Presses de la Renaissance.

Nunes, O. (1994). *Psicoterapia de Tempo Limitado e Terapia Centrada no Cliente*. Monografia de fim de Curso em Psicologia (clínica). Lisboa: ISPA.

Pagès, M. (1968). La psychothérapie non-directive de Carl Rogers. In A. Laffont & F. Durieux (Eds). *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Paris: Ed. Techniques.

Pagès, M. (1976). *Orientação Não Directiva em Psicoterapia e Psicologia Social*. S.Paulo: Ed. Forense Universitária. (obra original publicada em 1970).

Patterson, C. H. (1990). Involuntary Clients. In *Person-Centered Review, 5*, 316-320.

Peretti, A. (1997). *Présence de Carl Rogers*. Paris: èrès.

Perls, F. (1973). *The Gestalt Approach: Eyewitness to Therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Pessoa, F. (1986). Autopsicografia. *Obra Poética e em Prosa,* Vol. 1. Porto: Lello & Irmão (obra original publicada em 1932), p. 314.

Peters, H. (1986). Prouty's pre-therapie methode en de behandeling van hallucinaties: een verslage**.** *Ruit, Multidisciplinair Tijdschrift voor Ontwikkelingsstoornissen, Zwakzinnigheid en Zwakzinnigenzorg,* 12, 1, 26-34.

Prouty, G. (1990). Pre-Therapy: A Theoretical Evolution in the Person-Centered/Experiential Psychotherapy of Schizophrenia and Retardation. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds). *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties*. Louvain: Leuven University Press, p. 645, 646, 648.

Raskin, N. & Van der Veen, F. (1970). Client Centered Family Therapy : some clinical and research perspectives. In J. Hart & Tomlinsom, T. (Eds.). *New Directions in Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Raskins, N. (1978). Becoming – a therapist, a person, a partner, a parent, a ... *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 15* (4), 362-370.

Raskin, N. (2004). *Contributions to Client-Centered Therapy and the Person-Centered Approach*. Ross-on-wye: PCCS Books.

Régio, J. (1925). Cântico Negro. *Poemas de Deus e do Diabo*. Porto: Brasília, p. 59.

Rice, L. (Ed.) (1974). *Innovations in client-centered therapy*. New York: Wiley & Sons.

Rogers, C. (1942). *Counseling and Psychotherapy. Newer Concepts in Practice*. Boston: Houghton Mifflin, pp. 28-30, 206,440.

Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Personality Change. In *Journal of Consulting Psychology, 21* (2), 95-103.

Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.). *Psychology: A Study of a Service.* Vol. 3. *Formulations of the Person and the Social Context.* New York: McGraw-Hill. pp. 184, 185, 255,256.

Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person.* Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. (1967a). The Therapeutic Conditions Antecedent to Change: A theoretical View. In C. Rogers, E. Gendlin, D. Kiesler & C. Truax (Eds.). *The Therapeutic Relationship and its Impact: a Sutudy of Psychotherapy with Schizophrenics.* Madison: University of Wisconsin Press, p. 99.

Rogers, C. (1967b). The Findings in Brief. In C. Rogers, E. Gendlin, D. Kiesler & C. Truax (Eds.). *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics.* Madison: University of Wisconsin Pres, p. 79.

Rogers, C. (1967c). The Human Side of the Research. In C. Rogers, E. Gendlin, D. Kiesler & C. Truax (Eds.). *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics.* Madison: University of Wisconsin Press, p. 67.

Rogers, C. (1971). *Autobiographie de Carl Rogers*. (Trad. Hochmann, J. & Dubernard). Paris: epi.

Rogers, C. (1978). *Liberdade para Aprender.* (4ª. ed) (Trad. Machado, E. & Andrade, M.). Belo Horizonte: Interlivros. (obra original publicada em 1969), pp. 137, 242, 263.

Rogers, C. (1979). *O Tratamento Clínico da Criança-Problema*. (Trad. Arantes, U.) S.Paulo: Martins Fontes. (obra original publicada em 1939).

Rogers, C. (1980). *Grupos de Encontro* (5ª ed.) (Trad. Proença, J.) Lisboa: Moraes (obra original publicada em 1970), p. 45, 161.

Rogers, C. (1983). *Um Jeito de Ser*. (Trad. Kupfer, M., Lebrão, H., Patto, Y.) S.Paulo: E.P.U (obra original publicada em 1980), p. 45.

Rogers, C. (1985). A Client-centered/person-centered approach to therapy. In I. L. Kutush e A. Wolf (Eds). *Psychotherapists Casebook: Theory and Technique in Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

Rogers, C. (1986a). *Sobre o Poder Pessoal*. (2ª ed.) (Trad. W. Penteado & E. Abreu). S.Paulo: Martins Fontes. (obra original publicada em 1977).

Rogers, C. (1986b). A comment from Carl Rogers. In *Person Centered Review, I* (1), pp. 15-35.

Rogers, C. (1987a). A Essência da psicoterapia – momentos de movimento. In A. Santos, C. Rogers & M. Bowen (Eds.). *Quando Fala o Coração: a essência da psicoterapia centrada na pessoa.* Porto Alegre: Artes Médicas, p. 70.

Rogers, C. (1987b) Abordagem Centrada no Cliente ou Abordagem Centrada na Pessoa In A. Santos, C. Rogers & M. Bowen (Eds.). *Quando Fala o Coração: a essência da psicoterapia centrada na pessoa.* Porto Alegre: Artes Médicas. pp. 13-19.

Rogers, C. (1999). Reflections of Feeling. In *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*, *3*, 9-12.

Rogers, C. Russel, D. (2002). *Carl Rogers the Quiet Revolutionary*. Roseville: Penmarin Books, pp. 112,113, 239.

Rogers, C. Stevens, B. (1968) Some learnings from a Study of Psychotherapy with Schizophrenics. In C. Rogers & B. Stevens (Eds). *Person to Person: the Problem of Being Human*. (2ª ed.). California: Loren Rehbock, p. 183,184.

Rogers, C. & Kinget, G. (1971). *Psychothérapie et Relations Humaines*. Vol. I. (5ª ed.). Louvain: Publications Universitaires, 61.

Rogers, C. & Kinget, G. (1971). *Psychothérapie et Relations Humaines.* Vol. II. (5ª ed.) Louvain: Publications Universitaires, p. 57, 58.

Sapir, E. (1967). *Anthropologie*. Paris: Edition de Minuit, p. 195.

Sapir, M. (1993). *La Relaxation a Inductions Variables.* Paris: La Pensée Sauvage.

Satir, V. (1972). *Peoplemaking*. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Sarte, J. P. (1984). *L'être et le Néant*. Paris: Gallimard. (obra original 1943).

Sartre, J. P. (2007). *Le Chemin de la Liberté I L'âge de raison*. Paris: Gallimard. (obra publicada em 1945), p. 146.

Schultz, J. (1991). *O Treinamento Autógeno*. (18ª ed) (Trad. N. Teixeira,) S. Paulo: Manole. (obra original publicada em 1932).

Smith, D. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist, 37* (7), 802-809.

Stapp, H. (1972). The Copenhaga Interpretation and the Nature of Space-Time. In *American Journal of Physics, 40,* 1098.

Szent-Gyoergyi, A. (1977). Drive in living watter to perfect itself. In *Synthesis 1,* Vol. 1, No. 1, pp. 14-26.

Taft, J. (1933). *The Dynamics of Therapy in a Controlled Relationship.* New York: Dover Publications.

Tsakanika, M. (1987). *Evolution of client-centered therapy: Theorical comparison between C. Rogers and G. Prouty.* Paper presented at Humanistic psychotherapy of the psychoses and borderline conditions. Conference convened by Chicago Counselling and Psychotherapy Center.

Thorne. F. (1968). *Psychological Case Handling: Specialized Methods of Counselling and Psychotherapy Vol. 2,* Brandon, VT: Clinical Psychological Publishing.

Usha-Rani, N., Vishnuvardhana-Rao, M., Nadamuni-Naidu, A., Reddy, V. (1994). Psychosocial Profile of Preadolescent Rural Children. *Journal-of-the-Indian-Academy-of-Applied-Psychology, 20* (2), pp. 117-124.

Warner, R. (1991). Canadian University Counsellors: A survey of theorical orientations and other related descriptors. In *Canadian Journal of Counselling, 25* (1), pp. 33-37.

Watson, G. (1971). Resistence to Change. In *American Behavioral Scientist*, 14 (5), pp. 745-766.

Whyte, L. (1974). *The universe of experience*. New York: Harper & Row.

Wood, J., K. (1994). Prólogo. In Wood & al (org.) *Abordagem Centrada na Pessoa.* Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, p. 218.

Bibliografia

Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e Counselling. *A Pessoa como Centro: revista de estudos rogerianos*. Nºs de 1 a 12

Capra, F. (1982). *Le Tao de la Physique*. Paris: Tchou. (obra original em inglês publicada em 1975).

Faber, B., Brink, D., Raskin, P. (Eds.) (1996). *The Psychotherapy of Carl Rogers- Cases and commentary*. New York: The Guilford Press.

Ferra, A. (1982). *Pedagogia Centrada na Pessoa*. Lisboa: Ulmeiro.

Guimarães Lopes, R. (2006). *Psicologia da Pessoa e Elucidação Psicopatológica*. Porto: Higiomed.

May, R. Rogers, C., Maslow, A. (1986). *Politics and Innocence – A Humanistic Debate*. New York: Norton & Company.

Nunes, O. (1997). *Valores e Reorganização do Self – estudo exploratório realizado numa comunidade terapêutica carismática de toxicodependentes*. Lisboa: ISPA.

Nunes, O. (2001). *Drogues, Valeurs et Communautés*. Thèse de Doctorat Nouveau Régime en Psychologie. Université Toulouse-Le-Mirail.

Rogers, C., Wood, J., O'Hara, M. & Fonseca, A. (1983). *Em Busca de Vida*. S. Paulo: Summus.

Rogers, C. & Commentators (1967). A Dialogue Between Therapists. *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics.* Madison: University of Wisconsin Press.

Rogers, C., Wood, J., O'Hara, M. & Fonseca, A. (1983). *Em Busca de Vida*. S. Paulo: Summus.

Rogers, C., Gendlin, E. & Moursund, P. (1967). Putting the Design into Effect. In C. Rogers, E. Gendlin, D. Kiesler & C. Truax (Eds.). *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics.* Madison: University of Wisconsin Press.

Sartre, J.P. (1963). Critique de la Raison Dialectique. Paris: Gallimard.

Snyder, W. (1947). *Casebook Non-Directive Counseling.* Combridge – Massachusetts: The Riverside Press.Zukav, G. (1982). *La Danse des Eléments.* Paris: Robert Laffont.

Índice Remissivo de Autores